

Relatório de Gestão

P N Q 2 0 0 2



Santa Casa
Complexo Hospitalar
Porto Alegre

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Relatório de Gestão



Perfil

Histórico da Evolução da Busca pela Excelência

Organograma

1. LIDERANÇA	
1.1 Sistema de Liderança	1
1.2 Cultura da Excelência	3
1.3 Análise Crítica do Desempenho Global	7
2. ESTRATÉGIAS E PLANOS	
2.1 Formulação das Estratégias	10
2.2 Desdobramento das Estratégias	12
2.3 Planejamento da Medição do Desempenho	16
3. CLIENTE E SOCIEDADE	
3.1 Imagem e Conhecimento de Mercado	20
3.2 Relacionamento com Clientes	22
3.3 Interação com a Sociedade	24
4. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	
4.1 Gestão das Informações da Organização	30
4.2 Gestão das Informações Comparativas	32
4.3 Gestão do Capital Intelectual	35
5. PESSOAS	
5.1 Sistemas de Trabalho	41
5.2 Capacitação e Desenvolvimento	46
5.3 Qualidade de Vida	50
6. PROCESSOS	
6.1 Gestão de Processos Relativos ao Produto	54
6.2 Gestão de Processos de Apoio	58
6.3 Gestão de Processos Relativos aos Fornecedores	60
6.4 Gestão Financeira	62
7. RESULTADOS	
7.1 Resultados Relativos aos Clientes e ao Mercado	65
7.2 Resultados Financeiros	67
7.3 Resultados Relativos às Pessoas	68
7.4 Resultados Relativos aos Fornecedores	70
7.5 Resultados dos Processos Relativos ao Produto	71
7.6 Resultados Relativos à Sociedade	73
7.7 Resultados dos Processos de Apoio e Organizacionais	74
8. Glossário de siglas e termos técnicos.....	76

Eventuais diferenças nas informações contidas neste relatório de gestão, em relação à revista resumo do mesmo, decorrem das melhorias implementadas entre as datas de edição dos dois documentos.

DADOS

Razão Social	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Endereço	Rua Prof. Annes Dias, 285 – Centro – Porto Alegre – RS. CEP 90020-090
CNPJ	92.815.000/0001-68
Telefone Geral	(51) 3214-8080. Fax Geral: (51) 3214-8585
E-mail	santacasa@santacasa.tche.br
Home page	http://www.santacasa.org.br
Fundação	Endereço eletrônico: Página na Internet: Data da 19 de outubro de 1803

1 – Descrição Básica da Candidata

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é uma Fundação de Direito Privado, de caráter Filantrópico, de Ensino e Assistência Social, reconhecida de Utilidade Pública pelos Decretos Federal n.º 12.949 de 20.07.43 e Estadual n.º 2.127 de 08.11.46, e Lei Municipal n.º 61 de 14.05.48, cadastrada no CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social e credenciada no CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa Científica, e constitui-se de um complexo hospitalar destinado à prestação de serviços médico-hospitalares, cujas ações assistenciais se desenvolvem com o apoio do ensino e da pesquisa.

Sua Missão, alinhada ao Negócio "Saúde", é "desenvolver e proporcionar assistência médico-hospitalar, da melhor qualidade, para as pessoas de todos os grupos sociais, do Estado e do País, apoiada por programas de ensino e pesquisa".

A Santa Casa de Porto Alegre atua no mercado há 198 anos e tem se caracterizado como uma das mais antigas Instituições gaúchas em pleno funcionamento, sendo pioneira na realização de inúmeros procedimentos médico-assistenciais, bem como pelo desenvolvimento e incorporação de tecnologias pertinentes.

Sua estrutura assistencial foi desenvolvida e é mantida atualizada a partir da identificação do perfil das causas de morbi-mortalidade do Estado, sendo referência nas áreas de cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, pneumologia, cirurgia torácica e oncologia.

Os principais produtos e serviços da Santa Casa são serviços médico-hospitalares realizados através da assistência, destacando-se, entre estes, os seguintes:

a) consultas de ambulatório (de emergência e eletivas); b) internações hospitalares (clínicas e cirúrgicas); c) exames auxiliares de diagnóstico e tratamento (clínicos, radiológicos, tomográficos, ecográficos, invasivos, de análises clínicas e

hemodinâmicos, entre outros); d) procedimentos cirúrgicos e obstétricos.

Além da atividade hospitalar (foco do seu negócio), a Santa Casa desenvolve, em escala substancialmente menor, operações de exploração de estacionamento de veículos para clientes internos e mantém as atividades do Cemitério da Santa Casa.

Características competitivas. A Santa Casa de Porto Alegre caracteriza-se no sistema de saúde como hospital de referência e excelência para assistência terciária e quaternária, isto é, além de absorver demanda própria de pacientes através de seus ambulatorios, recebe pacientes referenciados de outros hospitais, sobretudo para o diagnóstico e tratamento de doenças e procedimentos de alta complexidade. Destaca-se como o único hospital no País a realizar todos os tipos de transplantes de órgãos e tecidos (córnea, rim, pâncreas, pulmão, fígado, coração e medula óssea).

Assim, uma vantagem competitiva importante da Organização é a sua diferenciação, representada pela qualificação de seu corpo médico e técnico, bem como das instalações e equipamentos com avançada tecnologia biomédica.

Como atributos dos produtos/serviços, além da confiabilidade, representada pela resolubilidade dos problemas de saúde dos clientes, destacam-se também a qualidade, a cordialidade e a presteza de atendimento aos pacientes, além de níveis de produtividade e a política de preços segmentada.

Porte e instalações. A composição do Complexo Hospitalar Santa Casa aparece na tabela a seguir.

Nome da Unidade Hospitalar	Leitos	Característica principal da Unidade Hospitalar
Policlínica Santa Clara - PSC	519	Hospital geral
Hospital São Francisco - HSF	107	Especializado em cirurgias de grande porte, com ênfase em cardiovasculares
Hospital São José - HSJ	70	Especializado em neurocirurgias
Pavilhão Pereira Filho - PPF	95	Especializado em pneumologia clínica e cirurgias torácicas
Hospital Santa Rita - HSR	203	Especializado em oncologia
Hospital Dom Vicente Scherer	62	Especializado em transplantes de órgãos
Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA	196	Especializado em pediatria
Total de leitos	1.252	

Os seis primeiros hospitais localizam-se no endereço-sede da Instituição, em área total de 101.006 m² de edificações próprias, onde estão concentrados os setores de apoio diagnóstico, operacional e administrativo da organização. O sétimo hospital (HCSA) localiza-se na Av. Ceará, 1.549 - bairro São Geraldo - Porto Alegre, em área de 7.383 m² de edificações. O Cemitério da Santa Casa localiza-se na Av. Prof. Oscar Pereira, s/n. - bairro Azenha - Porto Alegre, em área total de 10,4 hectares. O Hospital Dom Vicente Scherer foi inaugurado em dezembro de 2001 e entrou em funcionamento em fevereiro de 2002.

A Instituição candidata-se corporativamente, como Complexo Hospitalar, razão pela qual o atendimento aos critérios, inclusive em relação a resultados, referem-se à organização como um todo, e não a suas unidades individualizadas.

O principal mercado da Santa Casa é local e regional, representado pela Capital do Estado e Grande Porto Alegre. Em 2001, 79,81 % dos pacientes hospitalizados teve origem na Região Metropolitana de Porto Alegre, enquanto que 20,19

% dos pacientes vieram de outras localidades; dentre essas, situam-se municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul, segundo maior mercado comprador de serviços (abrangência estadual), e de outros Estados da Federação.

Os principais tipos de clientes (usuários e compradores de serviços) da Instituição são: "consumidores", ou seja, compradores diretos de serviços (pacientes e seus acompanhantes), empresas da iniciativa privada (convênios - operadoras de planos / seguros de saúde), órgãos governamentais (Gestores do Sistema Único de Saúde e Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul) e os médicos. Com os médicos há um relacionamento diferenciado, através de parcerias, nas quais os mesmos se utilizam de toda a infra-estrutura oferecida pela Instituição e esta se beneficia pela demanda gerada por aqueles profissionais.

A participação da Instituição no mercado da assistência médico-hospitalar do segmento de pacientes atendidos através do SUS – Sistema Único de Saúde, nos últimos seis anos, foi a que segue:

Participação	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Em faturamento	13,42 %	12,48 %	11,11 %	10,89 %	12,74 %	13,66 %
Em número de internações	4,33 %	3,80 %	4,17 %	4,24 %	4,33 %	4,56 %

No segmento de convênios e particulares, mercado de menor amplitude porém em rápida expansão, a participação econômica tem se mantido em aproximadamente 22 %, nos últimos anos. A atuação neste segmento data do início de funcionamento da Santa Casa, porém o seu tratamento como foco estratégico iniciou em 1992.

Perfil da força de trabalho

Em 2001, a Santa Casa de Porto Alegre contava com um quadro de 6.334 profissionais entre funcionários (5.101 com vínculo pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho),

906 autônomos e 327 terceiros e estagiários. Do total da força de trabalho, 38% possui nível superior (mais de 50% com especialização, mestrado e/ou doutorado), 40% tem nível de 2.º Grau e 22% 1.º Grau.

As quantidades de profissionais, por formação, estão expressas na tabela abaixo.

Profissionais por formação	Número de profissionais
Médicos	1.188
Enfermeiros	316
Nutricionistas	30

Profissionais por formação	Número de profissionais
Farmacêuticos, bioquímicos e biólogos	87
Fisioterapeutas	28
Assistentes Sociais	10
Pessoal Administrativo	698
Gestores	114
Nível Técnico e Médio Assistencial	1.823
Outros Profissionais de nível médio e elementar	1.995
Estagiários	45

As categorias profissionais preponderantes vinculam-se ao Sindisaúde – Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Outros Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do Rio Grande do Sul. Do quadro funcional total, 37% é constituída por pessoas com tempo de empresa superior a 5 anos e 71% dos funcionários são do sexo feminino.

Entre os principais equipamentos e tecnologias utilizados destacam-se os encontrados no Laboratório de Medicina Nuclear (gama câmaras, das famílias E. Cam e Orbiter; calibrador de dose digital Capintec, modelo CRC-35; contador Avaliar Captação de iodo pela tireóide), na Radioterapia (aceleradores lineares, braquiterapia), na área de oftalmologia (do auto-refrator ao laser), equipamentos para vídeo cirurgia e vídeo diagnóstico, imagenologia (raios X, ultrassonografia, tomografia computadorizada, angiografia, cineangiografia, ecocardiografia), Laboratório de Análises Clínicas totalmente automatizado e informatizado, sistemas de informática como prescrição eletrônica em UTIs e registros hospitalares.

Em relação ao Laboratório de Medicina Nuclear, é oportuno destacar que o mesmo foi designado Centro de Controle de

Qualidade em Medicina Nuclear para os Estados da Região Sul do País pela AIEA – Agência Internacional de Energia Atômica, órgão da ONU – Organização das Nações Unidas.

Dentre os equipamentos do Laboratório Central, destacam-se:

Equipamentos	Área de utilização
Miditron M - Roche	Automação uroanálise
Bac-T-Alert - Organon	Automação hemocultura
Microscan – Dade e Vitek – Biolab Merieux	Automação e identificação bacteriana
Nefelômetro BN II – Dade Behring	Automação proteínas plasmáticas
Elecsys – Roche e Cobas Core - Roche	Automação marcadores virais
Sysmex SE 9500 – Roche, ADVIA 120, Bayer, JT Coulter e Sedi System - BD	Automação hemogramas e VSG
STA Compact Bayer e ST4 - Bayer	Automação coagulação
Cobas Integra – Roche, ADVIA 1650 – Bayer e Cobas Mira Plus - Roche	Automação bioquímica
IMX - Abbott	Automação imunossuppressores
ABL 700 – Radiometer, ABL 5 – Radiometer e Gasômetros 238 e 278 – Ciba Corning	Automação gasometria

Destaca-se, também, a tecnologia para a realização de diversos procedimentos médico-hospitalares pioneiros ou de alta complexidade, como transplantes, cirurgias cardiovasculares, neurocirurgia, cirurgia torácica, entre outros.

Os principais processos relativos ao produto da Instituição, seguindo a dinâmica assistencial, são:

a)	atendimento ambulatorial;
b)	internação hospitalar;
c)	realização de procedimentos cirúrgicos e obstétricos;
d)	realização de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento - SADTs (exames complementares).

Os principais processos de apoio são os seguintes:

Área	Principais processos de apoio
DIVENG	Infra-estrutura; manutenção predial, geral e de informática; processamento de roupas (lavanderia hospitalar); engenharia clínica
DARM	Compras, guarda e suprimento de materiais e serviços
DAP / DDRH	Recrutamento, seleção, capacitação e desenvolvimento de pessoas; benefícios a pessoas
DIVFIN	Faturamento SUS e de outros Convênios; desenvolvimento de software; suporte aos servidores e sistemas corporativos; apoio a projetos de informatização e automação
MARKETING	Avaliação da satisfação dos clientes, relacionamento com os clientes (ouvidoria), prospecção de mercados; apoio no desenvolvimento de projetos de captação de recursos extraordinários
DND	Produção e distribuição de alimentação; assistência nutricional clínica
CEDOP	Arquivamento, manutenção e disponibilização dos prontuários dos pacientes

Nas atividades de ensino e de pesquisa, utilizadas como apoio às atividades assistenciais, foco do negócio, destacam-se como principais processos a formação de profissionais de todos os níveis (médio, graduação e pós-graduação), como apoio às faculdades vinculadas e campo de estágio para diversos cursos técnicos e Universidades, e a análise e aprovação de projetos de pesquisa de novas técnicas e produtos terapêuticos e de diagnóstico, liderados pela Unidade de Apoio à Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

2 – Necessidades dos Clientes

Os principais clientes da Santa Casa são os pacientes e seus convênios (operadoras de planos e de seguros de saúde), destacando-se os seguintes: Sistema Único de Saúde, Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul, Unimed, Golden Cross, Seguro Bradesco, GEAP – Fundação de Seguridade Social e Ministério do Exército, além dos clientes particulares.

As principais necessidades dos pacientes (requisitos mais valorizados) são: resolubilidade no atendimento médico-hospitalar; qualidade no atendimento da equipe (presteza, eficiência, cordialidade); higiene hospitalar; qualificação da equipe médica; acomodações; equipamentos modernos.

Considerando a posição da Instituição no Sistema de Saúde Regional e Estadual, a observação do perfil histórico de morbidade do

Estado do Rio Grande do Sul é fundamental para o direcionamento e desenvolvimento de suas ações. Esse perfil é utilizado pela Santa Casa para identificação das necessidades e/ou requisitos complementares do mercado, como subsídio para o planejamento das ações de saúde da Organização, uma vez que representa a incidência de doenças que a população (clientes atuais e potenciais) tem apresentado.

A principal segmentação dos clientes é feita em função de sua categoria, em clientes vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS e clientes de outros convênios e particulares. Os principais requisitos dos dois tipos de segmentos de clientes são os mesmos, diferindo, apenas, em serviços de hotelaria.

3 – Relacionamento com os fornecedores

Os principais grupos de materiais e serviços adquiridos e as respectivas quantidades de fornecedores estão expressos na tabela abaixo.

Grupos de materiais e serviços	Quantidade de fornecedores	Principal fornecedor	% em relação ao totalde compras - 2001
Laboratório	48	Roche	5,37
Órteses e próteses	50	Biotronic	2,79
Material médico-hospitalar	42	Becton Dickson	2,55
Medicamentos	66	Novartis	2,23
Filmes para raios-X	3	Radsul	1,23
Nutrição	55	Aminofarma	1,19
Tecidos e uniformes	8	Sabie	0,98
Material de expediente e limpeza	8	Fabesul	0,25

No ano de 2001, a Instituição tinha 1.280 fornecedores de materiais, bens e serviços cadastrados. Além dos principais mencionados acima, destacam-se, ainda:

nas áreas de medicamentos e materiais médico-hospitalares: Johnson & Johnson, Laboratório Eli Lilly, Laboratórios B. Braun, Bayer Farmacêutica, Libra, Cristália e Glaxo;

na área de gasoterapia: White Martins e Air Liquide;

na área de engenharia e serviços: Varian, Toshiba e Siemens;

nas áreas de material de consumo geral e gêneros alimentícios: destacam-se: Pelvale Comércio de Papéis Ltda., Prodesc – Produtos Descartáveis, Ltda., Nestlé, Casa de Carnes Armelin Ltda., Distribuidora Aves Ferreira e Pirâmide Hortifrutigrangeiros.

Os principais processos relativos aos fornecedores são a seleção e homologação, a avaliação de desempenho e o desenvolvimento de fornecedores; os processos de negociação com fornecedores (especialmente para o estabelecimento de parcerias, consignações e contratos de comodatos); e os processos de compras e de recebimentos de materiais e serviços.

As formas especiais de relacionamento com os fornecedores são estabelecidas quando da definição e qualificação dos mesmos, destacando-se como as mais importantes as seguintes:

Fornecedores Parceiros: sua participação na Instituição ocorre através de contratos de fornecimento estabelecidos, assegurando a comercialização de seus produtos, com custo competitivo, com qualidade, segurança e prazos acordados. Seus principais benefícios são a racionalização dos processos e a diminuição dos custos operacionais e financeiros. Em contra-partida, estes ainda atuam de modo diferenciado na Instituição, participando de eventos, projetos, investimentos, etc. Representam 60% do quadro cadastrado. Exemplos de parcerias ocorrem com órteses e próteses, cujo valor consignado em 2001 ultrapassou o total de R\$ 2 milhões e com os equipamentos do Laboratório Central e os depósitos e redes de gases medicinais cedidos em comodato. Aproximadamente 94% dos itens de material médico-hospitalar são comprados diretamente dos fabricantes, através de contratos de parcerias.

Fornecedores Comerciais: estão habilitados a participar dos processos de cotações, com critérios de custo competitivo, qualidade de produtos, segurança e cumprimento de prazos. Representam 30% do quadro cadastrado.

Fornecedores do Mercado Externo: estão qualificados a fornecer materiais, equipamentos e medicamentos através de Importação Direta. Representam 10% do quadro cadastral. A prática de importação direta pela Instituição de equipamentos, acessórios, insumos e medicamentos garante a redução de custos, a quebra de monopólios e a qualificação da assistência através de tecnologia de última geração.

4 – Aspectos Relevantes

Os principais concorrentes da Santa Casa são o Hospital São Lucas da PUC-RS, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Mãe de Deus e Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (privados), e o Grupo Hospitalar Conceição e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (estatais), que constituem o mercado da assistência médico-hospitalar na cidade de Porto Alegre.

As principais estratégias e planos de ação da Instituição perante a concorrência estão consolidadas em seu Planejamento Estratégico 2001 a 2005, integradas à Visão Ano 2005, e são as seguintes:

- Consolidação do Resultado Econômico-Financeiro
- Captação de Recursos Extraordinários para Investimentos
- Hospitais e Serviços Adequados: Infra-estrutura, Instalações, Tecnologias, Processos
- Gestão de Pessoas e Conhecimento
- Gestão da Satisfação dos Clientes.

O setor tem apresentado significativas mudanças nos últimos anos, com destaque para as crescentes limitações de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, como gestor do sistema de saúde público (SUS), fazendo com que os hospitais busquem viabilizar-se através de fontes alternativas de financiamento, bem como fomentando o mercado de saúde alternativa (planos de saúde e outros).

Outra mudança relevante refere-se a necessidade de redução de custos, tendo em vista a tendência de ampliação da assistência em nível ambulatorial, sobretudo d

Como principais desafios recentes, pode-se citar a re-estruturação e ampliação do Hospital Santa Rita (já concluída); a conclusão da construção e o início de funcionamento do Hospital Dom Vicente Scherer, com destaque para o Centro Clínico (concentrando atividades de média e baixa complexidade em nível ambulatorial) e o primeiro Hospital de Transplantes da América Latina; o início das obras de re-localização do novo Hospital da Criança Santo Antônio, no endereço sede da Instituição, com o importante apoio da comunidade, de empresas e do Governo do Estado.

Como introdução de novas tecnologias, cita-se a realização de transplantes de pulmão inter-vivos e demais técnicas de transplantes de órgãos, a criação do Laboratório de Medicina Nuclear com estrutura e tecnologia de ponta, estabelecendo-se como centro de referência para este tipo de diagnóstico, e a implantação de *softwares* em saúde (Gestão Clínica, Gestão Hospitalar, Laboratório Central, Patologia, Transplantes, Agenda On Line, Projeto Impact).

A organização observa os requisitos legais e regulamentares do setor de saúde, em termos do exercício profissional, vigilância sanitária, resíduos hospitalares e proteção ambiental, direitos do consumidor, saúde e segurança no trabalho. Como instituição filantrópica, a organização observa os requisitos legais para a manutenção desta condição, com destaque para a proibição da distribuição de lucros ou resultados.

A organização tem promovido as mudanças e ajustes em suas estratégias, focada no cumprimento de sua missão institucional de forma auto-sustentada, salientando-se as ações desenvolvidas nos últimos três ciclos do Planejamento Estratégico (1993-1996, 1997-2000 e 2001-2005), alinhadas aos históricos da qualidade e evolução do método de gestão.

Aspectos peculiares. A Qualidade Total como Política Institucional, estabelecida em 1992, alicerçada no desenvolvimento da qualificação e ampliação da assistência médico-hospitalar, através do Programa da Qualidade, do Plano de Investimentos 1993/1996, e do conjunto de ações de marketing para a ampliação dos atendimentos ao segmento de pacientes privados e de convênios, foi identificada como a alternativa de sobrevivência e crescimento da Instituição para os próximos anos, tendo como Visão de Futuro a Santa Casa - 200 anos - ano 2003, revisada para 2005, na qual a Santa Casa deverá se constituir em uma “Organização Hospitalar líder, moderna, competitiva, com excelência de serviços no cumprimento de sua missão”.

Entretanto, é importante citar que, a par destas ações sistemáticas mais recentes, a estrutura orgânica e funcional da Instituição está consolidada desde 1988, período em que se desenvolveram várias ações de organização, métodos e sistemas, com normalização de procedimentos tanto em áreas administrativas e de apoio, como também nas áreas técnicas e operacionais. A macro estrutura organizacional da Instituição está representada no organograma; além das posições expressas no mesmo, existem ainda as Gerências, Chefias Setoriais e Chefias Intermediárias. De forma matricial, e vinculados à Direção Executiva, estão os Diretores Médicos de cada unidade hospitalar.

1992: Definição da Qualidade Total como Política Institucional

1993: Início formal do Programa da Qualidade

1993: Mobilização gerencial para a qualidade

- Constituição do Conselho e do Núcleo da Qualidade, e do Grupo de Solução de Problemas
- Contratação de consultoria externa

1993/1994: Capacitação de recursos humanos para o TQC

- Comprometimento da Direção, através de sua liderança e participação no planejamento e execução das ações
- Realização de ciclo de palestras internas e externas para sensibilização da força de trabalho
- Realização de diversas visitas de *benchmarking* a outras empresas
- Realização de pesquisa interna de avaliação estratégica da Instituição
- Elaboração do “Documento Referência”, com a explicitação formal da Política da Qualidade da Instituição
- Participação de Diretores, Gerentes, Supervisores e Técnicos de nível superior em cursos e outros eventos de treinamento em TQC
- Realização de ciclos de palestras de sensibilização para todo o quadro funcional
- Início das ações do Programa 5 S, com a coordenação de grupo específico
- Estruturação e realização de ciclo de cursos internos de TQC, ministrados por chefias da Instituição 1994/1995

Consolidação da implantação do TQC

- Formalização do Plano de Implantação da Qualidade Total
- Adesão ao Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade – PGQP
- Participação nos Comitê Q e Setorial da Saúde do PGQP
- Aplicação do TQC, com ênfase a partir do segundo semestre de 1994
- Continuidade e ampliação das ações do Programa 5 S
- Desenvolvimento do gerenciamento da rotina
- Desenvolvimento e aprimoramento do gerenciamento pelas diretrizes

1995: Certificado “Hospital Amigo da Criança”; concedido pela OMS/UNICEF

- Prêmio Destaque do Ano na Área da Saúde – Complexo Hospitalar Santa Casa

1995/1997: Manutenção de atividades do TQC e realização de ciclos de revisão e melhorias

- Aprimoramento do alinhamento do G. R. com o gerenciamento pelas diretrizes
- Revisão do número de UGBs e de seus contextos funcionais
- Pesquisas com clientes internos, para avaliar grau de satisfação e revisar suas necessidades e expectativas
- Revisão do sistema de levantamento de necessidades de treinamentos
- Realização de eventos institucionais para avaliação da evolução corporativa da disseminação e efetividade do método de gestão
- Instituição de novo modelo de avaliação da efetividade do método de gestão:
- Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Itens de Controle e Metas – RAAICM
- Padronização do instrumento para PMQ – Plano de Melhoria da Qualidade
- Avaliação e monitorização pelo Escritório da Qualidade
- Seminários institucionais sobre gerenciamento da rotina
- Sistema de auditorias internas.

1997: Prêmio Destaque do Ano na Área da Saúde – Hospital São Francisco

1998: Prêmio Qualidade RS – Troféu Bronze, concedido pelo PGQP

- Prêmio Top de Marketing ADVB/RS

1998/1999: Manutenção de atividades do TQC e realização de novos ciclos de revisão e melhorias

- Ciclo de revisão e melhoria do GR, seguido de auditoria técnica em 100% das UGBs existentes
- Terceiro ciclo de revisão com: Redução do número de IC, decorrente dos processos de amadurecimento do método e da evolução da padronização
- Ênfase em melhoria no processo de desdobramento das estratégias.

1999: Prêmio Qualidade RS – Troféu Prata, concedido pelo PGQP

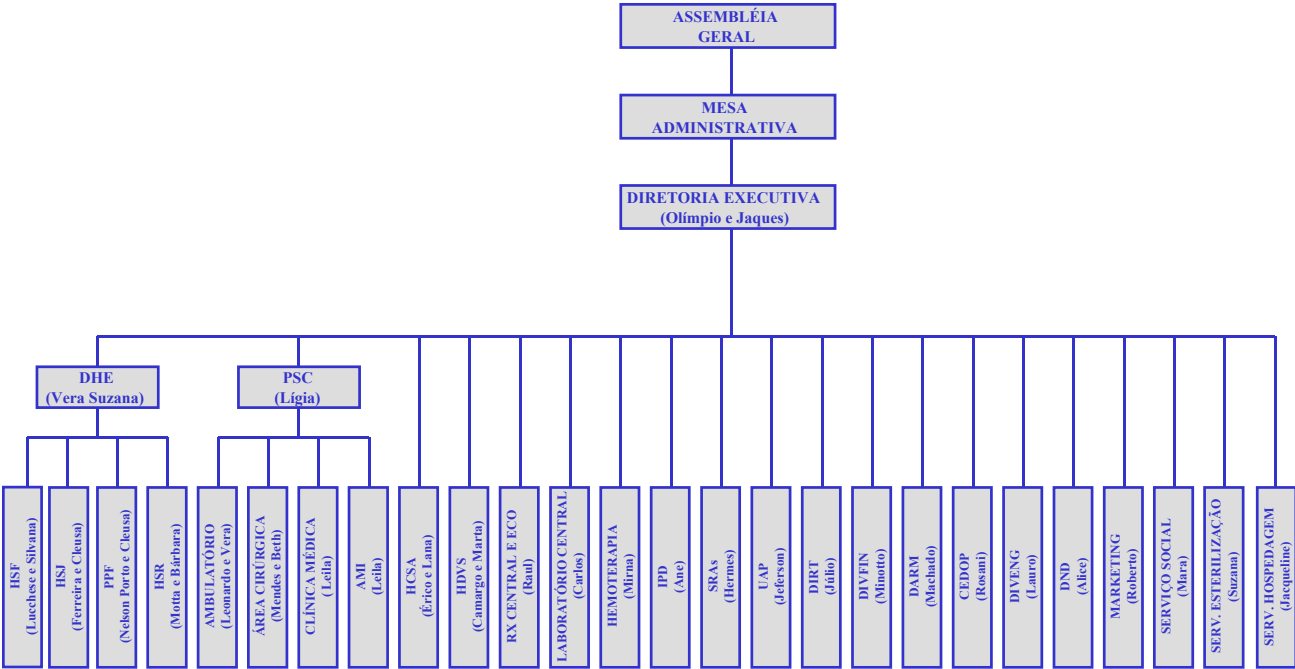
2000: Consolidação do Planejamento Estratégico para 2001/2005, com a construção da Visão Ano 2005.

- Prêmio Qualidade RS – Troféu Ouro, concedido pelo PGQP;
- Reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, de seu sistema de gestão, inovador e voltado para resultados, através da designação da Instituição como Centro Colaborador para a Qualidade da Assistência e Administração Hospitalar.

2001: Prêmio Qualidade RS – Troféu Ouro, concedido pelo PGQP, pela segunda vez consecutiva;

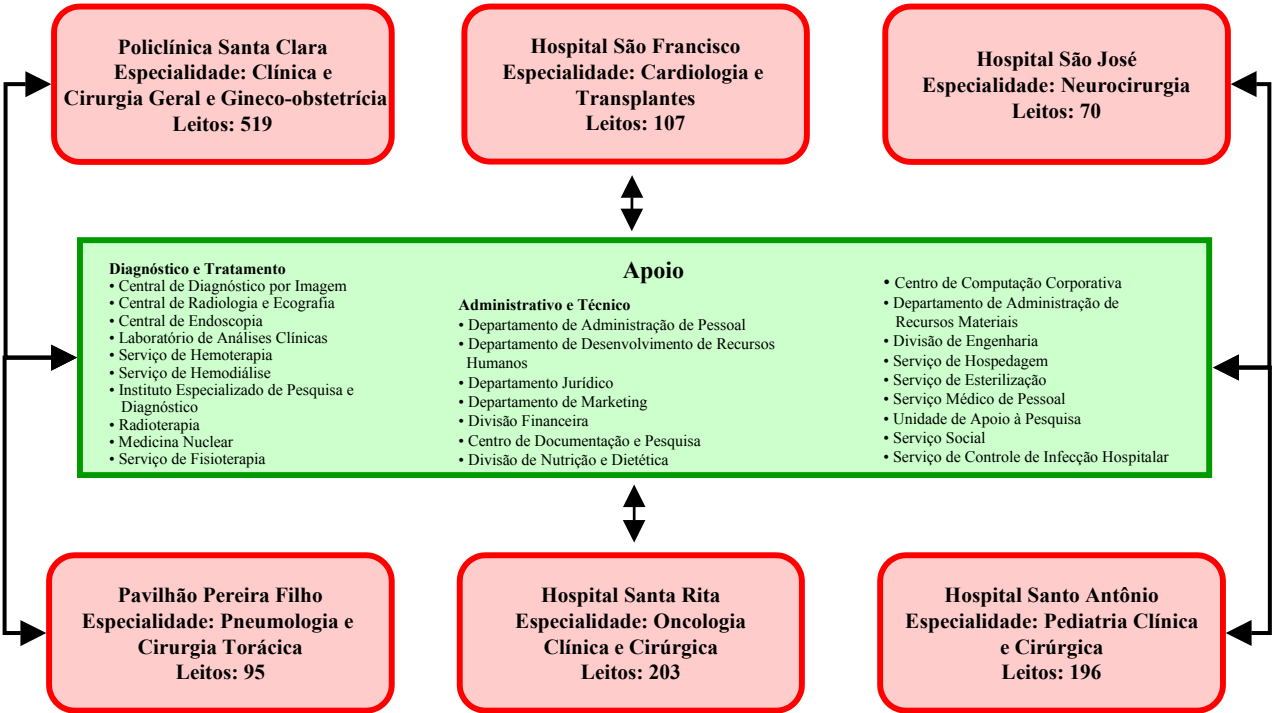
- Prêmio Top Ser Humano
- Prêmio Destaque do Ano na Área da Saúde – Complexo Hospitalar Santa Casa.

Sistema de Gestão - Estrutura Orgânica



OBSERVAÇÃO: PARA ENTENDIMENTO DE SIGLAS, TERMOS E ABBREVIATURAS: VER GLOSSÁRIO NA PÁGINA SEGUINTE.

Sistema de Gestão - Estrutura Funcional



LIDERANÇA

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre trabalha na busca de sua excelência através do desenvolvimento do processo de planejamento e do cumprimento do Sistema de Liderança.

1.1 – Sistema de Liderança

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

O Sistema de Liderança da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre está estruturado da seguinte forma:

Mesa Administrativa – órgão dirigente máximo, representando a sociedade/comunidade, é responsável pela avaliação da administração e bens patrimoniais.

Provedoria e Direção Executiva – são responsáveis, predominantemente, pelas relações externas da Instituição.

Direção Executiva e Grupo das Diretrizes – responsáveis pela operacionalização da organização de forma corporativa. A composição do Grupo das Diretrizes está detalhada na Figura 1.1.1.

Líderes de UGAs – Unidades Gerenciais Agregadas e UGBs – Unidades Gerenciais Básicas – têm como área de atuação a operacionalização da organização, em cada unidade funcional, no dia-a-dia.

COMPOSIÇÃO DO GRUPO DAS DIRETRIZES

Diretor-geral e Administrativo	Policlínica Santa Clara
Diretor-médico	Hospital da Criança Santo Antônio
Gerentes áreas a seguir listadas:	Hospital Dom Vicente Scherer
Divisão dos Hospitais Especializados	Departamento de Marketing
Divisão Financeira	Departamento de Administração de Recursos Materiais
Divisão de Relações do Trabalho	Laboratório Central
Divisão de Nutrição e Dietética	Radiologia Central
Divisão de Engenharia	Policlínica Santa Clara

Figura 1.1-1

O Exercício da liderança na organização se dá de forma direta (contato pessoal, telefônico, correio eletrônico, fale com o diretor, pesquisas de opinião) de todas as partes interessadas à alta direção e vice-versa.

O processo de tomada de decisão na organização segue a hierarquia dos níveis de liderança e da natureza das decisões. Assim, é possível observar as seguintes características:

As decisões cujos efeitos se darão no médio e no longo prazos, inseridas no Planejamento Estratégico e Gerenciamento pelas Diretrizes, seja em termos do custeio da operação ou investimentos de capital, são elaboradas e propostas pelos líderes executivos (normalmente Direção e Grupo das Diretrizes), com deliberação no âmbito da Provedoria e Direção Executiva.

As decisões relacionadas a sistemas ou processos interfuncionais são promovidas pela Direção Executiva, pelo Grupo das Diretrizes ou por grupos temporários específicos.

As decisões relacionadas ao gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia são promovidas pelos líderes das UGAs e UGBs (assistência, finanças, materiais, pessoas, etc.).

Além da estrutura formal, relacionada ao organograma, há a prática do exercício da liderança informal, com o objetivo de implementar projetos e programas específicos, tais como: implantação do Sistema INFOSAÚDE, Desdobramento da Função Qualidade (QFD), Gestão Clínica, treinamentos em geral. Os critérios para a definição dos líderes temporários são baseados nas competências de lideranças da Instituição.

Comprometimento da alta direção com as partes interessadas

A organização mantém diversas práticas que permitem a identificação do comprometimento da alta direção com as partes interessadas, como monitorização da satisfação dos clientes: médicos (anual), funcionários (anual), pacientes e acompanhantes (mensal), fornecedores (anual), líderes de UGB e UGA (anual), Instituições conveniadas (anual).

Com as pesquisas, a Instituição obtém importantes subsídios da opinião de seus clientes e os utiliza como oportunidade de melhoria, elaborando planos de ação e dando retorno aos clientes.

Outras evidências do comprometimento podem ser citadas, como a missão, os valores, a visão e outros fundamentos da Instituição, os quais são sistematicamente comunicados e reforçados pelos diretores e pelos demais integrantes do quadro gerencial, das seguintes formas:

Participação de pelo menos um membro da alta direção, pessoalmente, em todas as edições do PINC (critério 5). Com frequência quinzenal, o programa oportuniza que sejam apresentados e reforçados os valores organizacionais a todas as pessoas que estão sendo admitidas no quadro da Instituição.

Avaliação de indicadores e comunicação das expectativas de desempenho, que também são reforçadas pela presença constante dos diretores nos seminários mensais sobre gerenciamento da rotina. Com uma presença de 2600 pessoas em 2001, de todos os níveis hierárquicos, nos seminários, os diretores reforçam as questões estratégicas fundamentais, analisam os resultados de desempenho corporativo e enfatizam a importância do esforço coletivo para a conquista das metas institucionais.

A partir de 2001 são realizados eventos mensais – “Desdobramento do Seminário Mensal do Gerenciamento da Rotina”- para análise crítica dos resultados corporativos e dos específicos dos hospitais.

Reuniões gerais com o corpo gerencial e com expressiva presença de médicos do corpo clínico e de professores da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), fornecedores e convênios para divulgação das diretrizes anuais e para análise crítica do desempenho assistencial e econômico-financeiro do ano anterior. Os encontros têm sido liderados e coordenados, sistematicamente, ao longo dos últimos 15 anos e pelo menos no início e no final de cada ano, pela direção executiva.

Criação, em 2001, na Intranet, do link Fale com o Diretor, com a finalidade de abrir mais um canal permanente de comunicação dos profissionais da Santa Casa com a Direção.

A interação da Instituição e da direção com os diferentes públicos interessados em seu desempenho se dá também nos registros de reconhecimento de funcionários por clientes, nas felicitações por datas festivas e comemorativas aos clientes e funcionários, nas placas de agradecimento ao Corpo Clínico e faculdades vinculadas, entre outras.

Reconhecimento, pelo mercado e pela sociedade, da liderança e do desempenho da Instituição no cumprimento de sua missão tem sido objeto de freqüentes matérias na imprensa, bem como por contribuições diretas (como doações) de empresários e comunidade em geral. Ressalta-se até o presente momento a adesão de mais de 100 empresas ao Projeto da Construção do novo HCSA.

Destaca-se a participação da liderança da Santa Casa em diversas entidades de classe tais como: Sindicato dos Hospitais Filantrópicos, Federação das Santas Casas, Associação Brasileira das Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer, Federasul.

Padrões de trabalho e sua aplicação

Os principais padrões de trabalho do Sistema de Liderança estão estabelecidos no Sistema de Gestão Institucional, especificamente no Gerenciamento pelas Diretrizes e no Gerenciamento da Rotina, conforme descrito no item 1.2.

No planejamento e na execução do Gerenciamento pelas Diretrizes (citação complementar no critério 2) e, Planejamento Estratégico temos como padrão de trabalho: pauta e ata da reunião anual padrão, cronograma de encontros mensais, lista de presença.

O principal padrão de trabalho no âmbito da liderança corporativa refere-se à pauta-padrão nas reuniões da Mesa Administrativa, reuniões do Grupo das Diretrizes, reuniões com o corpo clínico e Santa Casa Benchmarking.

No planejamento e na execução do Gerenciamento da Rotina (citação complementar no critério 6), temos como padrão de trabalho: cronograma anual de seminários mensais, lista de presença, ficha de avaliação dos seminários, relatório mensal das UGAs e UGBs, auditoria anual do Escritório da Qualidade.

Como indicadores objetivos do Sistema de Liderança, há indicadores específicos no RAAICM em nível de UGB e UGA, e na pesquisa anual junto as gerências e ao Corpo Funcional, em nível corporativo.

O controle dos padrões de trabalho é executado conforme descrito em 1.2.

Identificação de competências, avaliação e desenvolvimento dos líderes

As competências das lideranças têm como base a confiabilidade assentada nos valores Institucionais e são identificadas na organização por meio da rede de relacionamentos profissionais, no nível executivo, pautada na experiência e no histórico profissional de cada colaborador, com ênfase em resultados sustentados. Estes colaboradores destacam-se no meio em que atuam por apresentarem diferenciais como: iniciativa, disponibilidade, persistência, gostar de desafios, ser receptivo a mudanças, focado no atendimento ao cliente busca de resultados, gestão de custos, habilidade para trabalhar em equipe, administração de conflitos e trabalho sob pressão.

A avaliação do desempenho da alta direção se dá através da análise dos resultados pela Mesa Administrativa, composta pelo Provedor, Vice-Provedor, Mesários Efetivos e Mesários Suplentes.

Os liderados avaliam seus líderes através da pesquisa de clima organizacional e os líderes através da avaliação de desempenho sistemática.

O desenvolvimento dos líderes se dá através dos treinamentos corporativos que são definidos na matriz de necessidades de desenvolvimento levantados anualmente.

No nível executivo e nos demais níveis, durante a contratação, também é observado o atendimento dos requisitos necessários para o desempenho da função. Esses requisitos estão definidos no Plano de Cargos e Salários, desenvolvido pelo Departamento de Administração de Pessoal e que contempla os requisitos básicos, a capacitação mínima, as habilidades e as competências.

A identificação das competências de lideranças no nível funcional é feita através dos resultados obtidos na sistemática de avaliação de desempenho dos funcionários, descrita no critério 5. Esta prática avalia o potencial de liderança e permite o acompanhamento e o desenvolvimento por meio do levantamento de necessidades de treinamento. Essas necessidades são informadas pelas diversas áreas para o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, que alinhado ao Gerenciamento pelas Diretrizes (planejamento corporativo), desenvolve um planejamento anual de capacitação dos líderes.

b) Aprendizado

A avaliação dos padrões de trabalho e das práticas de gestão é realizada pela Direção Executiva e Coordenação da Qualidade, nas reuniões no início de cada Ciclo do Planejamento Estratégico (4 anos), nas revisões do Planejamento Estratégico (anual – com participação da alta direção e líderes de UGA e UGBs) ou no Gerenciamento pelas Diretrizes (mensais e, sempre que necessário, com participação do Grupo das Diretrizes). Esta avaliação considera os resultados dos indicadores em relação às suas metas, e também avaliação de desempenho das lideranças. Após a avaliação são elaborados os planos de ação pertinentes para a implementação de melhorias, pelo próprio Grupo das Diretrizes.

Como exemplo de ações recentemente implementadas, pode-se destacar o novo ciclo de reuniões de difusão do Planejamento Estratégico e das Diretrizes 2002, no âmbito interno da organização, cujo novo padrão introduziu lista formal de presenças e uniformização da pauta. Estas reuniões são realizadas pelo Diretor Geral e disseminadas a todas as áreas, por suas respectivas lideranças, e também por ocasião da realização de auditorias do EQ em todas as UGBs.

Outro exemplo de aprendizado é a participação ordinária da Direção Executiva na abertura e/ou encerramento do seminário mensal do Gerenciamento da Rotina, reforçando as Diretrizes Corporativas e a importância do comprometimento de todos.

1.2 – Cultura da Excelência

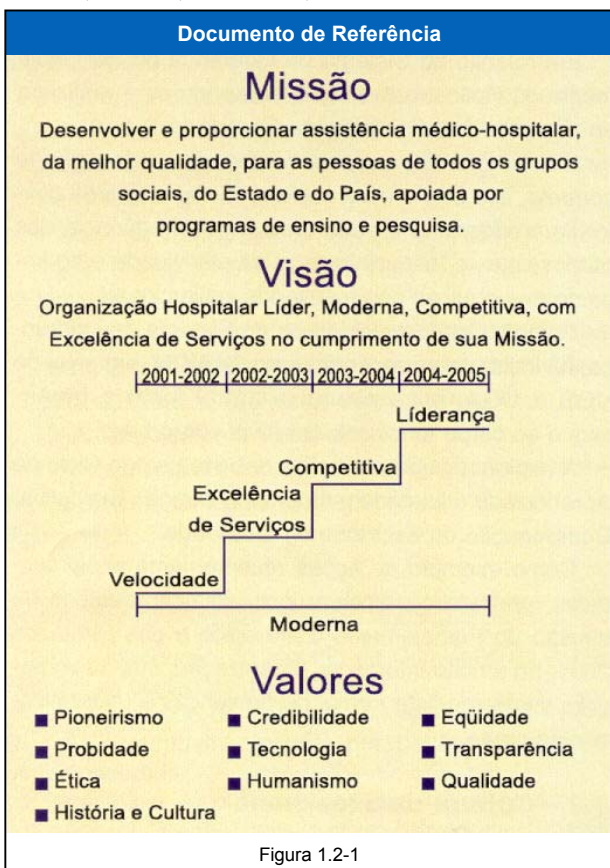
a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Valores e diretrizes

Os valores da Instituição são orientados pelo Compromisso Institucional, cuja edição data da fundação da Irmandade, estabelecido pela Mesa Administrativa e Provedoria e revisado sempre que necessário por solicitação da Provedoria, em atendimento às demandas das partes interessadas.

As diretrizes organizacionais estão alinhadas ao Compromisso Institucional e foram definidas pela Direção Executiva e pelo Grupo das Diretrizes, com a colaboração das principais áreas e lideranças da Instituição e foram aprovadas no âmbito da Provedoria, com revisões anuais.

A partir de 1993, com o início da prática da Qualidade Total como filosofia e metodologia de gestão, as políticas organizacionais foram formalizadas no Documento Referência (figura 1.2.1), o qual contém a Missão, a Visão, os Valores, a Política da Qualidade.



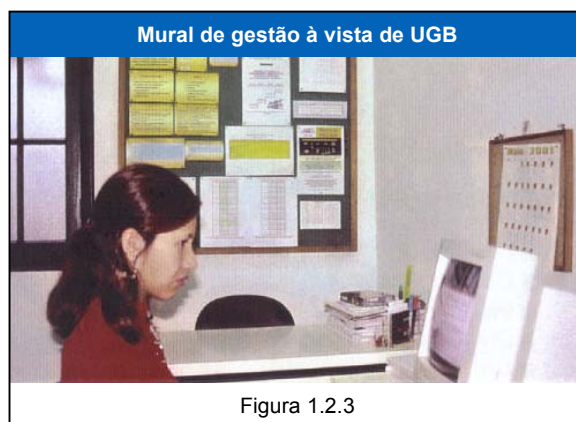
A alta direção participa da revisão das políticas organizacionais, por ocasião das reuniões anuais de revisão do Planejamento Estratégico, e das definições e/ou propostas de alterações do Compromisso Institucional.

Disseminação dos valores e diretrizes organizacionais

O entendimento e a internalização dos valores e

das diretrizes são promovidos pela Direção Executiva e pelo Grupo das Diretrizes desde a sua definição, realizado de forma participativa, até a implementação no processo de difusão interna e externa. Isso se dá por meio de ciclos de reuniões específicas e, sistematicamente, nas reuniões ordinárias, bem como nos demais instrumentos de comunicação interna e externa.

A comunicação da Missão, dos Valores, da Visão e de outros fundamentos da Instituição para o quadro funcional e para os demais públicos que frequentam as unidades do Complexo Hospitalar (membros da comunidade, pacientes, familiares, fornecedores, convênios) é feita pelos murais de gestão à vista em todos os setores, murais da qualidade, revista Santa Casa Notícias, de periodicidade bimestral, guia de ramais telefônicos, Jornal Virtu@!, e-mail, intranet, internet, etc. Alguns exemplares da revista Santa Casa Notícias são apresentados na Figura 1.2.4. A gestão à vista de cada UGB caracteriza-se pela exposição das informações críticas de cada área, as quais incluem o contexto funcional (missão, clientes, produtos e serviços, necessidades, fluxogramas, itens de controle, resultados x metas e plano de melhoria da qualidade). A gestão à vista pode ser setorial ou corporativa, conforme exposto nas Figuras 1.2.2 e 1.2.3, respectivamente.



Exemplares da Santa Casa Notícias



Figura 1.2.4

O SIM – Sistema de Informações de Marketing implantado em 1993 – tem como objetivo divulgar e informar os públicos interno e externo sobre as atividades desenvolvidas pela Santa Casa de Porto Alegre. Através do SIM, são gerados os informativos para os pacientes, familiares, médicos e entidades conveniadas, além dos próprios funcionários da Instituição. No caso dos funcionários, também são utilizados cartazes, folders, revistas, malas-diretas, correspondências, vídeos, eventos e pesquisas.

Participação pessoal do Diretor Geral e Administrativo na Santa Casa Benchmarking, evento que ocorre nos meses de março a novembro (dez eventos por ano), já em sua 61ª edição. Disponibilizado para pessoas e organizações interessadas, constitui-se também em forma de comunicação e reforço dos valores a fornecedores, parceiros e comunidade em geral. Nesses eventos, são apresentados a Instituição e seu plano de desenvolvimento e é comunicada a evolução do sistema de gestão. Além disso, são realizadas visitas técnicas a setores de interesse do público participante. Como resultado do ciclo de avaliação e melhoria do processo, a partir de março de 1999, os colaboradores da Santa Casa de Porto Alegre passaram a participar destas apresentações mensais, através de inscrições espontâneas ou convite das respectivas chefias.

A comunicação e divulgação de informações institucionais para as partes interessadas também ocorre nos eventos externos para os quais a Instituição é convidada e tem participado, de forma cada vez mais freqüente. Os próprios diretores representam pessoalmente a Santa Casa em muitos desses encontros, inclusive em outros estados e países.

A verificação do conhecimento e o entendimento das diretrizes organizacionais é feita nas pesquisas anuais junto ao corpo funcional e às demais partes interessadas, através de questões específicas relativas ao assunto.

Comprometimento de todos com a excelência

O comprometimento de todos com a excelência é incentivado através dos seguintes padrões de trabalho:

No âmbito corporativo, reuniões realizadas pelo Diretor Geral da Instituição para divulgação das Diretrizes anuais com pauta-padrão e lista de presença.

No âmbito das UGAs / UGBs reuniões realizadas para conhecimento e desdobramento das Diretrizes anuais, com pauta-padrão e lista de presença.

Auditorias do EQ, com roteiro específico onde são checados entre outros itens o conhecimento dos colaboradores sobre o PE e diretrizes anuais. Após o término da auditoria é gerado um relatório com as oportunidades de melhorias sugeridas.

Gestão à vista nas 189 UGBs com resultados específicos e corporativos. A gestão à vista deve conter: contexto funcional, último relatório do gerenciamento da rotina, placar de resultados da avaliação do 5s, indicadores institucionais, apresentação gráfica dos principais resultados.

Avaliações de desempenho realizadas semestralmente através de instrumento específico.

Comportamento ético

A promoção do comportamento ético é feita pela organização nas diferentes instâncias de atuação. Na área assistencial, por meio de:

Comissão de Ética Médica com emissão de parecer, enviado à Direção Médica da Instituição e aos órgãos de vinculação do profissional, principalmente o Cremers.

Núcleos de estudos éticos na Enfermagem com o objetivo de desenvolver estratégias de apoio aos profissionais de enfermagem na resolução de questões que incluem os dilemas éticos.

Seminários sobre dilemas éticos na enfermagem como parte do treinamento introdutório para todos os profissionais de enfermagem (PINC), onde também é distribuído o Código de Ética e a lei do Exercício Profissional.

Na área de pesquisa, através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, o qual disciplina as práticas dos estudos seguindo as resoluções ministeriais (196/96 CNS- MS).

Na Instituição, como um todo, evidencia-se a preocupação com os aspectos éticos desde a criação do seu Compromisso Institucional para com a comunidade, reforçado no estabelecimento de seus valores e no enunciado de sua missão.

Padrões de trabalho, aplicação e controle

O estabelecimento dos padrões de trabalho relacionados às práticas de gestão relativas à Liderança, Estratégias e Planos são definidos pela Provedoria e Alta Administração através do Gerenciamento das Diretrizes, orientados e definidos em Plano 5W e 2H.

O estabelecimento dos padrões de trabalho relacionados às práticas de gestão relativas à Gestão de Clientes e Sociedades, Informações e Conhecimento, Pessoas e Processos, é definido pela Coordenação e Escritório da Qualidade através do Gerenciamento da Rotina. A Instituição está organizada em 187 Unidades Gerenciais Básicas (UGBs) que definiram o Contexto Funcional. O Contexto Funcional se constitui em um documento direcionador do Gerenciamento da Rotina, elaborado pela equipe funcional. No Contexto estão definidos a missão, os produtos, os clientes e suas necessidades e também a forma de monitorar o atendimento destas necessidades (itens de controles), com suas respectivas metas, conforme exemplo da figura 1.2.5

A forma de acompanhamento do Gerenciamento da Rotina é a mesma para todos os padrões de trabalho e práticas de gestão realizados por todas as UGAs e UGBs a partir do monitoramento dos resultados dos itens de controle, descritos no RAAICM (Relatório de Avaliação e Acompanhamento dos Itens de Controles e Metas), conforme exposto nas Figuras 1.2.6.a (Capa do RAAICM) e 1.2.6.b (Planilha de indicadores/itens de controle do GR)

I.S.C.M.P.A. - GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL - GQT - SISTEMA DE AVALIAÇÃO GERENCIAL E DA UGB

Fig. 1.2.6-a – capa do RAAICM - GR

Fig. 1.2.6 – b – planilha de indicadores / itens de controle do GR

[illegible]

b) Aprendizizado

A avaliação dos padrões de trabalho para o estabelecimento dos valores e das diretrizes organizacionais é realizada pela Direção Executiva e Coordenação da Qualidade, nas reuniões, no início de cada ciclo de Planejamento Estratégico ou do Gerenciamento pelas Diretrizes.

Em relação ao Gerenciamento da Rotina, a avaliação dos padrões é realizada anualmente pelo Escritório da Qualidade.

Em relação aos padrões previstos no Compromisso Institucional, as avaliações são lideradas pelo Provedor.

A avaliação observa: a efetiva realização das reuniões conforme cronograma e pauta-padrão, na verificação da frequência dos participantes e especialmente, na efetividade, na divulgação e na internalização dos valores e das diretrizes organizacionais e pertinente alinhamento dos resultados organizacionais.

Como exemplo de aprendizado temos a sistematização da pesquisa junto aos clientes internos (colaboradores), como instrumento de avaliação,

identificação de oportunidades de melhoria e pontos fortes, inclusive no Sistema de Liderança em todos os níveis, vinculado ao Gerenciamento pelas Diretrizes.

Os indicadores de desempenho que medem a internalização da Cultura da Excelência são extraídos da pesquisa anual junto às gerências e corpo funcional e da auditoria do Escritório da Qualidade nas 187 UGBs da Instituição.

A implementação de ações decorrentes do Ciclo de Aprendizado é realizada através do giro do PDCA, liderada pela Provedoria e Direção Executiva, Coordenação ou Escritório da Qualidade.

Como exemplo de ação recentemente implementada, temos a realização de seminários do gerenciamento da rotina mensais, por hospital, onde são divulgados os resultados corporativos e os específicos para todo o seu quadro funcional, como forma de ampliar a disseminação do conhecimento.

1.3 – Análise Crítica do Desempenho Global

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Análise Crítica - partes interessadas							
áreas x áreas ou níveis da Instituição x frequência							
	diária	mensal	semestral	anual	geração	atualização	relatórios gerenciais
Clientes (Usuário, Médicos, convênios)	UGB	DE GD EQ UGA UGB	MESA	PLE GD	diária	diária	mensal
Mercado / Comunidade		UGB	MESA	PLE GD	mensal	mensal	mensal
Finanças	UGB	DE GD EQ UGA UGB	MESA	PLE GD	diária	diária	diária mensal
Pessoas			MESA DE GD EQ UGA UGB	PLE GD	mensal	mensal	mensal
Fornecedores	UGB	UGB		PLE GD	diária	diária	mensal
Processos/ Serviços	UGB	DE GD EQ UGA UGB	MESA	PLE GD	diária	diária	diária
Processos	UGB	UGB EQ		PLE GD	diária	diária	diversa
MESA - Mesa Administrativa DE - Direção Executiva PLE - Plan. Estratégico GD - Grupo das Diretrizes UGB - Unid. Gerencial Básica EQ - Escritório da Qualidade UGA - Unid. Gerencial Agregada							

Figura 1.3.1

O Desempenho Global da Instituição é analisado criticamente através de reuniões de avaliação dos resultados organizacionais nos diferentes níveis (Figura 1.3.1), comparando-os com as metas estabelecidas. Quando os resultados se apresentam insuficientes ou insatisfatórios, promove-se a discussão das possíveis causas e a definição das ações de melhoria, em complemento aos planos de ação em andamento.

Nos meses de janeiro de cada ano todas as UGBs da Instituição elaboram o seu Relatório Anual Geral detalhado, contendo, entre outros dados, os níveis de desempenho obtidos em relação às metas estabelecidas e às propostas para o ano em curso. Esses relatórios são analisados pelos níveis gerenciais respectivos, que os agregam de acordo com a estrutura

funcional da organização, em hospitais especializados, divisões ou departamentos. Assim, originam-se os 19 relatórios de UGAs, que se destinam à análise e à interpretação da Direção Executiva.

A partir desses relatórios, que avaliam a evolução mensal dos resultados e o consolidado do ano, acrescidos das informações interfuncionais e institucionais, a Direção Executiva coordena a elaboração do Relatório da Provedoria, documento que consolida todos os fatos e dados relevantes da Instituição ocorridos no ano.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Relatório Anual Geral de 2001 de Divisão, UGA ou UGB

Divisão:

Responsável pela Divisão:

Comentários sobre os principais resultados obtidos, comparados com os objetivos e metas propostos para 2001, constantes do relatório de 2000.

Consolidação das perspectivas, objetivos e metas das UGAs e UGBs, se for o caso, que compõem a Divisão para 2002, ainda considerando a atual Visão de Futuro e suas diretrizes; os resultados das pesquisas e as necessidades dos diferentes clientes (funcionários, médicos, usuários, fornecedores, etc.), e as metas físicas e econômicas.
Observação: As metas quantificáveis devem ser apresentadas em números e ratificadas no contexto funcional de cada UGB, que compõe a UGA, sob forma de item de controle, com monitoramento mensal através do relatório do Gerenciamento da Rotina, a partir de 1º de janeiro de 2002.

Data:

Rubrica do Responsável pela Divisão:

Ainda, no âmbito corporativo, o desempenho global da Instituição é avaliado anualmente por comissão nomeada pela Mesa Administrativa, que analisa o relatório anual da Direção Executiva. Esse relatório, juntamente com o parecer da comissão nomeada, é examinado e discutido em reuniões da Mesa, com atas formais, contendo aprovações, recomendações, comentários e outros registros pertinentes.

O desempenho global da Santa Casa também é avaliado por órgãos externos, tais como serviços de auditoria externa independente, pelo sistema de avaliação externa do PGQP e pelo sistema de Exame para o Prêmio Qualidade – RS e PNQ.

No nível setorial (UGB), a análise crítica é constante e dinâmica. Em encontros sistemáticos de líderes com suas equipes é analisado o desempenho global de cada unidade. Essa análise crítica de desempenho acontece concomitantemente à preparação do RAAICM, elaborado e entregue ao Escritório da Qualidade regularmente por todas as UGBs. O RAAICM contém:

Auto-avaliação da UGB – é feita pela equipe do setor, usando modelo do PGQP. São usados os sete critérios, com requisitos adaptados à linguagem da organização.

Comprometimento da equipe funcional e posição da UGB no programa 5s – a equipe também estabelece uma pontuação, que expressa seu comprometimento com o desempenho final do setor.

Educação e treinamento de pessoas – é revisado o Relatório de Treinamentos e Eventos Realizados e/ou Frequentados (RETE) e analisada a sua suficiência ou não em relação à meta.

Dimensões da qualidade total – todas as unidades têm pelo menos um item de controle para cada dimensão (Q, C, E, M, S).

Itens de controle em avaliação – são analisados os resultados dos itens de controle, comparando-os com metas e resultados anteriores, para verificar desempenho, tendências, sazonalidade, etc.

A partir dos resultados das UGBs ocorre a consolidação das mesmas em UGAs entregues ao Escritório da Qualidade sob forma de relatórios em periodicidade mensal.

Outra forma de análise crítica, recentemente implantada, são os seminários por Hospital, onde são apresentados os resultados corporativos e os específicos de cada área, com periodicidade mensal.

Análise do Desempenho Global em Relação às Necessidades das Partes Interessadas

Nas reuniões de análise crítica global, são utilizadas as informações das necessidades das partes interessadas comparando-as com o resultado alcançado para verificação do atendimento destas necessidades.

Para avaliar e melhorar o seu desempenho em relação às necessidades das partes interessadas, a Instituição utiliza uma série de indicadores em todos os seus níveis (Figura 2.3.2, item 2.3.3).

Informações qualitativas, comparativas e variáveis do ambiente externo

As informações qualitativas consideradas na análise crítica do desempenho global resultam da acumulação de informações do dia-a-dia pelos diferentes integrantes da Provedoria, da Direção Executiva, do Grupo das Diretrizes, dos líderes de UGAs e UGBs.

Comunicação às partes interessadas

A comunicação das conclusões da análise crítica do desempenho global às partes interessadas é realizada conforme segue:

Direção Executiva e Grupo das Diretrizes, por meio de reuniões específicas ou ordinárias no Seminário do Gerenciamento da Rotina para os profissionais da Instituição.

Gerências e Líderes de UGAs nos Seminários de Desdobramento do Gerenciamento da Rotina, por hospital

Direção Médica, nas reuniões ordinárias mensais com as lideranças médicas (corpo clínico)

Departamento de Administração de Recursos Materiais e Divisão de Engenharia para os fornecedores e parceiros da Instituição, nos contatos diários ou em reuniões específicas

Direção Executiva e principais lideranças para as diferentes partes interessadas (internas e externas, incluindo convênios), por meio do Santa Casa Benchmarking, Santa Casa Notícias, home page e intranet, para o público em geral (mercado, convênios, comunidade interna e externa), e gestão à vista.

Padrões de trabalho e sua aplicação

Os principais padrões de trabalho para a análise crítica global estão definidos pela Direção Executiva, pelo Grupo das Diretrizes, Coordenação e Escritório da Qualidade, a partir das proposições apresentadas nas reuniões de planejamento anual.

O padrão de trabalho das análises críticas corporativas (especialmente Mesa Administrativa, Direção Executiva e Grupo das Diretrizes) consta de plano de trabalho específico com demonstrativo (fig. 1.3.2-GD-GeradoresxRedutores) e pauta-padrão para as suas reuniões. Como ação corretiva decorrente da não execução de uma reunião para análise é feita a reprogramação da mesma.

O padrão de trabalho das análises críticas funcionais (especialmente o RAAICM) consta nas orientações específicas do Gerenciamento da Rotina, em termos da realização de reuniões com a equipe funcional e da elaboração do relatório de análise de causas e plano de melhorias, quando pertinente.

O grau de aplicação da análise crítica global pode ser evidenciado pelas atas das reuniões da Mesa Administrativa, Direção Executiva e Grupo das Diretrizes. Já o grau de aplicação da análise crítica setorial pode ser verificado através dos registros do Gerenciamento da Rotina de todas as UGBs da Instituição, com destaque para os relatórios de espinha de peixe e gestão à vista, cuja implementação é liderada no nível funcional.

Também são observados os indicadores específicos, contidos no padrão de trabalho, já citado: observância do cronograma de reuniões e seminários,

freqüência dos participantes, observância da pauta-padrão mínima, elaboração do RAAICM de forma suficiente e entregue no prazo.

Análise do Exercício de 2001													
GERADORES DE RESULTADO							REDUTORES DE RESULTADO						
	Orço.2002	Var.02/01	2001	2000	Var. 01/00	Meta 2001	Var. pla. 01	Variação dos indicadores a partir do "Plano Real"				Defasagem da tabela SUS	
								Tabela SUS			31,3%		
								IGP-M			225,4%	147,9%	
								Inflação IBCMPA			235,7%	155,8%	
Comportamento da Assistência													
Consultas - Total	718.218	6,5%	674.282	620.070	8,7%	677.205	-0,4%						
SUS	461.911	0,1%	461.316	438.599	5,2%	442.872	4,2%						
Diferenciados	256.307	20,4%	212.966	181.471	17,4%	234.333	-9,1%						
Interações - Total	59.010	12,8%	52.306	48.429	8,0%	53.585	-2,4%						
SUS	38.073	8,9%	34.952	33.024	5,8%	34.912	0,1%						
Diferenciados	20.937	20,6%	17.354	15.405	12,7%	18.673	-7,1%						
Procedimentos Cirúrgicos - Total	64.671	29,6%	49.884	44.884	11,1%	48.180	3,5%						
SUS	36.372	10,8%	32.833	30.063	9,2%	31.324	4,8%						
Diferenciados	28.299	66,0%	17.051	14.821	15,0%	16.856	1,2%						
SADTs - Total	3.783.616	10,3%	3.429.666	3.126.488	9,7%	3.396.069	1,0%						
SUS	2.649.014	9,1%	2.429.133	2.258.723	7,5%	2.430.260	0,0%						
Diferenciados	1.134.602	13,4%	1.000.533	867.765	15,3%	965.809	3,6%						
Taxa de ocupação	90,0%	5,6%	85,2%	83,5%	2,0%	90,0%	-5,3%						
Média de permanência	5,8	-19,4%	7,2	7,5	-3,6%	7,0	2,9%						
% Assistência Total ao SUS	68,87%		70,33%	71,89%		70,40%							
Comportamento da Receita - em R\$													
SUS	85.758.104	8,8%	78.813.635	71.186.651	10,7%	74.654.669	5,6%						
Diferenciados	109.668.886	20,9%	90.689.260	80.744.538	12,3%	100.848.951	-10,1%						
Outras Receitas	4.614.560	-1,0%	4.661.854	4.226.921	10,3%	4.277.752	9,0%						
Desdó da Receita	(5.514.000)		(5.568.220)	(3.811.683)	46,1%	(4.555.260)	22,2%						
Total da Receita de Serviços	194.527.550	15,4%	168.596.530	152.346.426	10,7%	175.226.112	-3,8%						
Receitas próprias Solidárias e Integrais II			2.020.632	697.986	189,5%	0							
Resultado extra-operacional			2.720.772	6.694.083	-59,4%	0							
Receita Total	194.527.550	12,2%	173.337.934	159.738.494	8,5%	175.226.112	-1,1%						
Composição da Receita da Assistência													
SUS			46,5%	46,9%	-0,76%	42,5%							
Diferenciados			53,5%	53,1%	0,67%	57,5%							
Valor médio interação - A/H													
SUS			1.484	1.354	9,57%	1.411	5,1%						
Diferenciados			3.619	3.718	-2,66%	3.763	-3,8%						
Indicadores de Qualidade													
Satisfação dos Funcionários	≥ 90%		87,85%	88,50%									
Satisfação dos Clientes *	≥ 95%		93,70%	94,27%									

fig. 1.3.2-GD-Geradores x Redutores

b) Aprendizado

A avaliação dos padrões de trabalho e das práticas de gestão relativas às análises críticas também é realizada pelo Grupo das Diretrizes e pelo Escritório da Qualidade, por ocasião das reuniões anuais de planejamento dos trabalhos do Gerenciamento pelas Diretrizes e do Gerenciamento da Rotina.

As melhorias/ inovações são implementadas, pelo Grupo das Diretrizes e Coordenação da Qualidade, a partir da análise e elaboração dos planos de ação pertinentes, sendo disseminados para as partes interessadas.

Como exemplo da implementação de inovações ou melhorias nos padrões de trabalho, pode-se citar a alteração dos dias das reuniões mensais do Grupo das Diretrizes, a alteração da pauta-padrão mínima da análise dos dados corporativos, a alteração da forma de comunicação das análises críticas para o público interno (pela Direção Geral em todos os Seminários do GR), o uso da intranet para a disseminação de informações, etc.

Outros exemplos de implementação de inovações ou melhorias:

Disponibilização diária dos indicadores assistenciais, em diferentes níveis e características (por UGB, serviço, hospital, segmento de clientes, etc.), como suporte à operacionalização das estratégias e à análise crítica descentralizada (1998/1999)

Revisão do Planejamento Estratégico 1997/2000 – Grupo das Diretrizes, direção dos hospitais e principais lideranças (início de 1999)

Implantação do Desdobramento do Seminário do Gerenciamento da Rotina por Hospital (2001)

Análise Crítica do Desempenho por Hospital (2002)

E STRATÉGIAS E P LANOS

2.1 – Formulação das Estratégias

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Para a formulação das estratégias, a Instituição adota a metodologia do Planejamento Estratégico, conforme roteiro descrito na Figura 2.1.1, tomando-se por base o ciclo atual (2001/2005).

Planejamento Estratégico 2001/2005	
Análise do ambiente externo	Análise do ambiente interno
Fatores econômicos	Desempenho econômico-financeiro
Fatores políticos e legais	Projeções financeiras
Fatores tecnológicos	Produtos e/ou serviços (oportunidades)
Fatores sociais, culturais e ambientais	Pontos fracos
Mercado – compradores de serviço	Limitações ao desempenho
Mercado – concorrência	Pontos fortes
Mercado – fornecedor	Áreas-chave de resultados
Mercado – profissionais	
Revisão do Documento Referência (*)	Revisão e/ou definição
Negócio, Missão, Valores	Visão de Futuro
Produtos, partes interessadas, política da qualidade	Estratégias
(*) Documento criado em 1993 como referência institucional de sua missão, diretrizes, princípios e conceito da qualidade	

Fig. 2.1.1 – Planejamento Estratégico

O processo institucional de formulação das estratégias está sistematizado há mais de 14 anos, através de quatro ciclos já completados, sendo o primeiro para um período de cinco anos (1988/1992), e os demais para períodos de quatro anos (1993/1996, 1997/2000 e (2001/2005). O plano de implantação do Programa da Qualidade Total (1993/1998) também está inserido nestes planejamentos de longo prazo. Segue o histórico dos ciclos (Fig.2.1.2).

1983 a 1987 – Período no qual as ações foram concentradas em satisfação de necessidades básicas da organização, inclusive com reorganização orgânica e funcional; planejamento somente no curto prazo
1988 a 1992 – Primeiro ciclo de Planejamento de longo prazo, no qual a metodologia e instrumento utilizado foi o Plano de Expansão, elaborado exclusivamente no âmbito da Direção Executiva, com avaliação e revisões anuais dos itens de ordem de investimento de capital, realizada pela Direção e pela área econômica da organização
1993 a 1996 – Segundo ciclo de Planejamento compreendendo aspectos de investimento de capital (Plano de Investimentos), ampliação e qualificação da assistência observando oportunidades e tendências de mercado (Plano de Marketing), sendo as metas de desempenho e a análise crítica sistemática realizadas ainda no âmbito corporativo e frequência semestral, iniciando-se a utilização da metodologia do Gerenciamento pelas Diretrizes a partir de 1995, com a constituição do Grupo das Diretrizes (Direção Executiva e Gerências estratégicas)

1997 a 2000 – Terceiro ciclo de Planejamento, porém com utilização da metodologia do Planejamento Estratégico em toda a sua extensão, em termos de análise dos ambientes externo e interno, definição de objetivos e estratégias, com respectivo desdobramento anual através do Gerenciamento pelas Diretrizes (Hoshin Kanri); metas corporativas compreendendo todas as dimensões da qualidade (correlação) e representando a consolidação das metas das UGAs e UGBs; revisões anuais no âmbito do Grupo das Diretrizes e dos Diretores de Hospitais; comunicação e reforço das estratégias realizadas em todos os seminários mensais e demais veículos de comunicação institucional (jornais, murais, eventos, reuniões, etc.)

2001 a 2005 – Quarto ciclo de Planejamento com elaboração e aprovação em março de 2001, pela Mesa Administrativa

Fig. 2.1.2 – Histórico das práticas

Principais etapas para o Planejamento Estratégico
As principais etapas para o PLE, observando os fatores de formulação das estratégias, estão descritas na fig.2.1.3:

O que	Quem, como
Elaboração do plano de trabalho	Elaborado pela Direção Executiva e Coordenação da Qualidade
Elaboração do instrumento de coleta de informações	Elaborado pela coordenação da qualidade, considerando os requisitos definidos no plano de trabalho.
Coleta de dados e informações	Realizada pela Direção e lideranças, através de reuniões específicas com as diferentes partes interessadas (médicos, fornecedores, convênios). Em paralelo, utilizando instrumento próprio, são coletadas as informações junto a todos os níveis da Instituição (Grupo das Diretrizes, Corpo Clínico, UGAs/UGBs, respectivas equipes funcionais). São consideradas também, as pesquisas sistemáticas realizadas com as diferentes partes interessadas, especialmente clientes usuários, bem como informações relacionadas ao mercado da saúde e comunidade.
Consolidação pela coordenação da qualidade	Realiza a consolidação e organização das informações coletadas junto a todas as áreas envolvidas no processo, constituindo-se a primeira versão do PLE.
Análise pelo Grupo das Diretrizes	O Grupo das Diretrizes analisa e elege os cenários pertinentes do PLE, observando a fig. 2.1.1
Consolidação pela Direção Executiva	A Direção Executiva revisa, refina e aprova o PLE fig. 2.1.1, a ser apresentado à Mesa Adm.
Definição de metas	Em paralelo a elaboração do PLE e GD é realizado o planejamento orçamentário e definição das metas corporativas e seus desdobramentos.
Aprovação pela Provedoria e Mesa Administrativa	A Provedoria e Mesa Administrativa analisa e aprova o PLE.
Divulgação e implantação junto às partes interessadas	A Direção Executiva e Grupo das Diretrizes promove a divulgação e implantação do PLE e metas junto a todas as partes interessadas.

Figura 2.1.3 – Macro-etapas do processo de Planejamento Estratégico

O papel da Alta Direção

A Direção Executiva participa na formulação das estratégias, no âmbito do Grupo das Diretrizes e demais áreas envolvidas. Da mesma forma, a Direção Executiva está em constante contato com as partes interessadas, auscultando-as (direta ou indiretamente), para a coleta de subsídios às ações no âmbito operacional, bem como oportunidades estratégicas. Após consolidada a proposta de estratégias, a mesma é apresentada, pela Direção Executiva, à Mesa Administrativa, como instância consultiva e deliberativa.

Fatores considerados no processo de formulação das estratégias

Na elaboração do Planejamento Estratégico, são consideradas as necessidades das diferentes partes interessadas, listadas na figura 2.1.4:

Instituição – as necessidades da Organização são definidas pela sua Direção Executiva e ratificadas pela Provedoria e pela Mesa Administrativa e estão alinhadas às metas de sobrevivência e crescimento da mesma, visando à manutenção do cumprimento de seu Compromisso Institucional.

Cliente usuário (pacientes e acompanhantes) – seus requisitos básicos, expectativas e preferências são identificados através de pesquisas sistemáticas de avaliação dos serviços (satisfação) e de atributos mais valorizados pelos mesmos.

Figura 2.1.4 - Fatores considerados no processo de formulação das estratégias

O processo de desenvolvimento das estratégias também observa os aspectos legais pertinentes à prestação de assistência médico-hospitalar, através do seu permanente monitoramento pelo Dpto. Jurídico da Instituição.

Da mesma forma, os fatores do ambiente competitivo, em especial a segmentação das fontes de financiamento da saúde, seu potencial e suas limitações, a incorporação de novas tecnologias pelos demais hospitais (regionais, nacionais ou internacionais), são monitoradas pelas pesquisas promovidas pelo Departamento de Marketing da Instituição. Nesta perspectiva, as estratégias em relação à concorrência atual e potencial fundamentam-se principalmente na análise de mercado, constante do Plano de Marketing anual, e na posição da Santa Casa no SUS – Sistema Único de Saúde.

A integridade das informações utilizadas na formulação das estratégias é viabilizada através da sua centralização nas áreas proprietárias dos respectivos processos (RH, Finanças, Materiais, Marketing, Engenharia, etc.), e nos acessos eletrônicos através de senhas.

Principais estratégias e sua coerência com as necessidades das partes interessadas

As estratégias da Instituição para o ciclo 2001/2005 estão descritas na Figura 2.1.5, e são consideradas como os meios para o alcance da Visão de Futuro 2005 (figura 1.2.1).

A coerência das estratégias com as partes interessadas (fig. 2.1.5) é assegurada pelos mecanismos de identificação destas necessidades (fig. 2.1.4) e sua consideração no processo de formulação das estratégias.

Objetivo: Auto-Sustentação e Crescimento	Cliente usuário	Médico	Funcionário	Mercado	Comunidade	Convenio	Fornecedor	Instituição
Estratégias:								
Consolidação do resultado econômico-financeiro								
Captação de recursos extraordinários para investimentos								
Hospitais e serviços adequados: infra-estrutura, instalações, tecnologia, processos								
Gestão de pessoas e conhecimento								
Gestão da satisfação dos clientes								

Figura 2.1.5 – Estratégias x partes interessadas

Os aspectos fundamentais para que as estratégias tenham êxito são considerados durante o próprio processo do Planejamento Estratégico, especifi-

camente na análise dos diferentes fatores do Ambiente Externo e do Ambiente Interno, constantes na figura 2.1.1.

Comunicação das estratégias às partes interessadas

A comunicação das estratégias às partes interessadas ocorre através de ciclos de reuniões específicas, nas reuniões ordinárias, como Seminário Mensal do Gerenciamento da Rotina, reuniões intrasetoriais, reuniões com fornecedores parceiros, Santa Casa Benchmarking (com a presença de representantes de todas as partes interessadas) e em ferramentas de comunicação institucional (Santa Casa Notícias, murais de Gestão à Vista, por exemplo).

Padrões de trabalho e sua aplicação

Os padrões de trabalho relativos à formulação das estratégias são estabelecidos pela Direção Executiva e pela Coordenação da Qualidade, ao final de cada exercício social, tanto para o Planejamento Estratégico como para o Gerenciamento pelas Diretrizes. A aplicação destas práticas de gestão pode ser evidenciada pelos registros dos planos de desenvolvimento do Planejamento Estratégico, dos instrumentos de coleta de subsídios, das atas de reuniões e da lista de presenças, por exemplo.

Controle dos padrões de trabalho

O plano de ação para a elaboração do Planejamento Estratégico é avaliado mensalmente pela Coordenação da Qualidade e pela Direção Executiva, durante sua execução, em relação aos indicadores de tempo (prazo das diferentes etapas), em relação às pessoas e às áreas consultadas e comunicadas, e em relação à efetividade dos instrumentos de coleta de dados.

A implementação de ações a partir das avaliações, quando pertinentes, é promovida pela Coordenação da Qualidade. Como exemplos de ajustes nas práticas, podem ser citados a elaboração de instrumento (roteiro) específico para a coleta de

informações junto à área médica e o ajuste no cronograma de coleta de dados.

b) Aprendizado

O plano de trabalho para a elaboração do Planejamento Estratégico e Gerenciamento pelas Diretrizes é desenvolvido e avaliado anualmente pelo Grupo das Diretrizes e pela Direção Executiva, como prática de gestão, no que se refere ao seu conteúdo, seus prazos e sua metodologia de desenvolvimento. A avaliação é realizada em reuniões específicas, ocorridas no período de janeiro a março de cada ano.

Um dos principais indicadores de desempenho da prática está associado à observância do cronograma de elaboração, proposição, aprovação e divulgação das Estratégias e Diretrizes, cuja aprovação institucional ocorre na reunião ordinária da Mesa Administrativa em março de cada ano, e a comunicação para as partes interessadas, de forma concentrada, nos meses de março e abril. Outro indicador fundamental para a avaliação destas práticas são as próprias metas institucionais atingidas, como fator da efetividade das estratégias implementadas.

As inovações ou melhorias nas práticas são implementadas pela Coordenação da Qualidade e Grupo das Diretrizes, a partir de reuniões específicas, com aplicação para o ciclo corrente de planejamento, ou para o próximo ciclo, de acordo com sua pertinência.

Como exemplos de melhorias ou inovações no ciclo 2001/2005, evidenciam-se o uso de instrumento-padrão para coleta de subsídios junto às UGAs e às UGBs, a coleta de subsídios através de e-mail, a adoção de lista de presença nas reuniões de comunicação das estratégias para as partes interessadas e a realização de ciclo de reuniões com os clientes convênios.

2.2 – Desdobramento das Estratégias

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

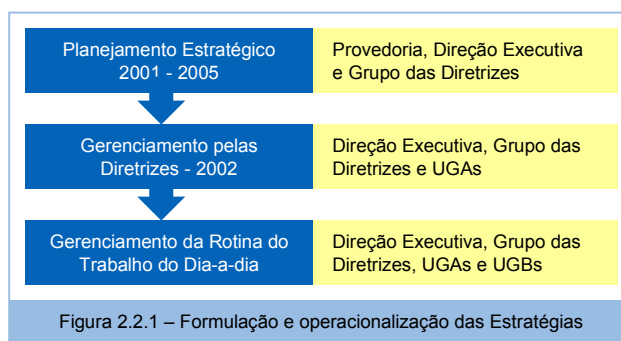
O Planejamento Estratégico para o horizonte de tempo médio de quatro anos tem no Gerenciamento pelas Diretrizes o seu desdobramento para cada ano.

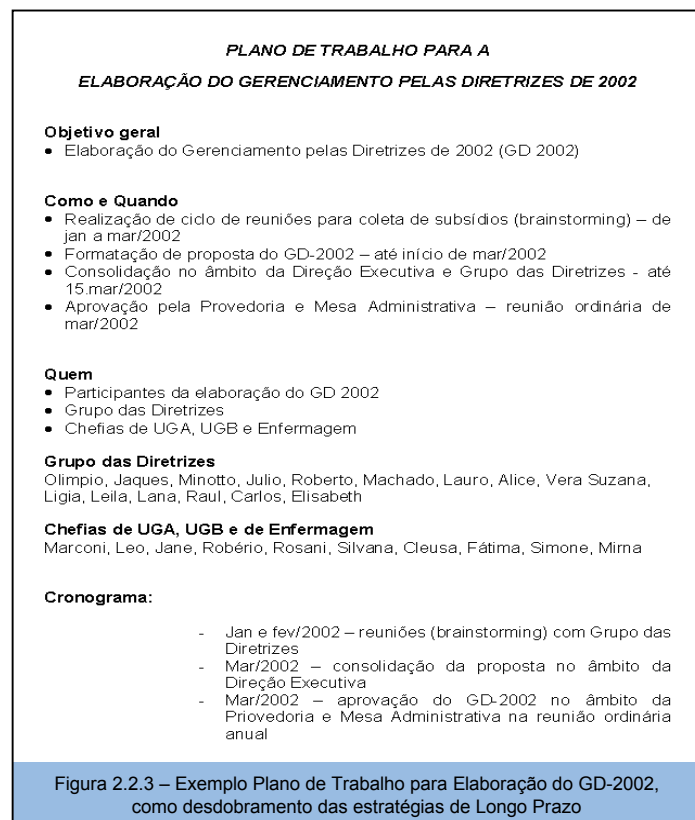
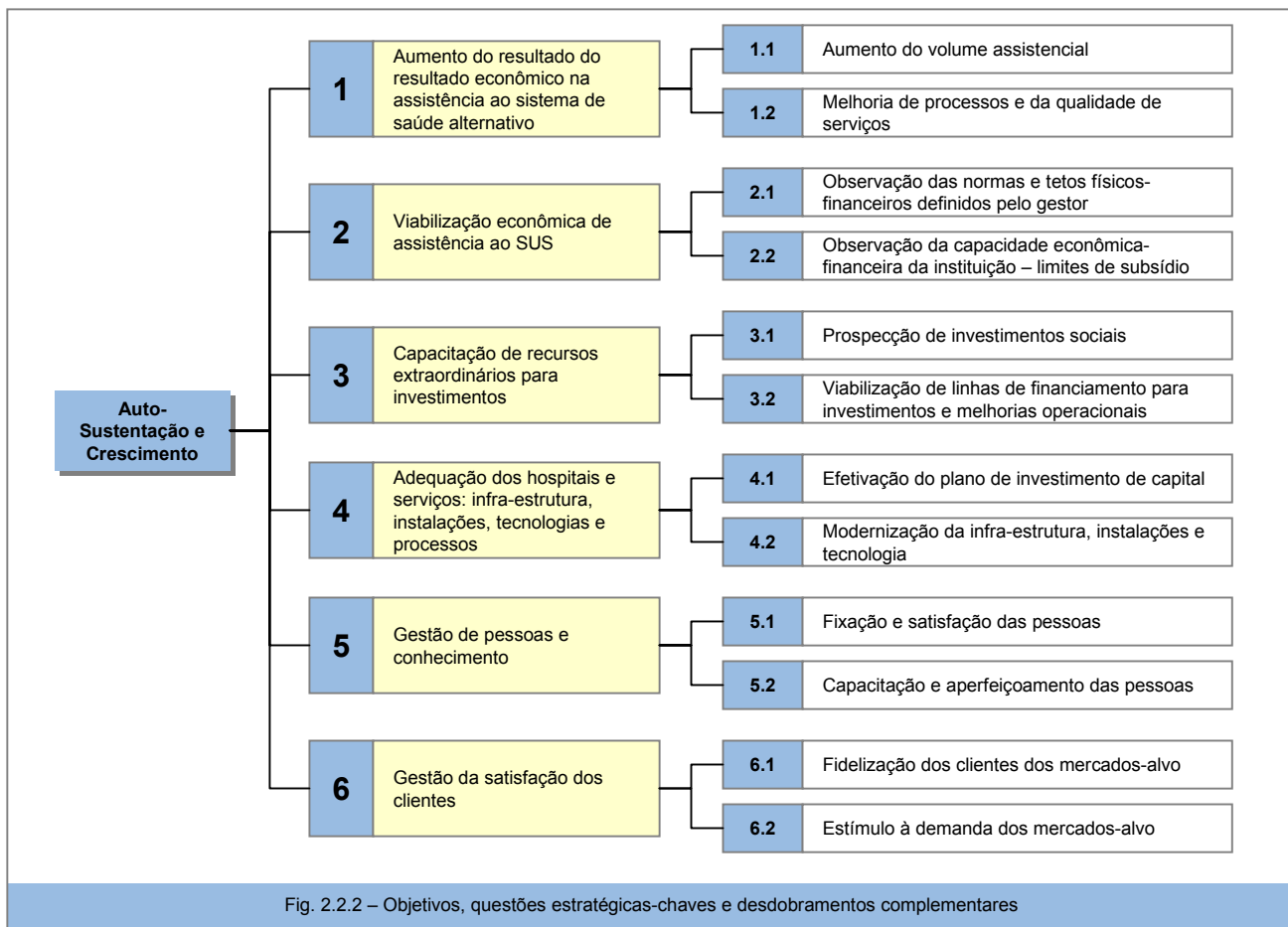
A metodologia do Gerenciamento pelas Diretrizes, ou Hoshin Kanri, contempla a definição dos objetivos para o ano (Auto-sustentação e Crescimento) e as seis questões estratégicas-chaves (2ª coluna), como desdobramentos iniciais no ano, e os respectivos desdobramentos complementares (3ª coluna), no nível corporativo da Instituição, conforme figura 2.2.2

As questões estratégicas-chaves para o ano 2002 (2ª coluna da figura 2.2.2) estão totalmente alinhadas às estratégias de longo prazo (figura 2.1.5). O desdobramento das questões estratégicas, apresentado na 3ª coluna, representa os principais planos de ação.

A Figura 2.2.1 mostra um diagrama com os

componentes do Sistema de Gestão (etapas) e a relação com os níveis e as áreas envolvidas / responsáveis na sua formulação.





Para o desenvolvimento do GD – Gerenciamento pelas Diretrizes – para cada ano, há plano de trabalho específico, cfe. Fig. 2.2.3, com seus respectivos desdobramentos e execução. Paralelamente, é desenvolvido o Planejamento Orçamentário, também com plano específico.

Os planos setoriais, com desdobramentos até os níveis operacionais, contemplam metas do GD e metas do GR – Gerenciamento da Rotina. Através do GR, efetivado em toda a Instituição, os desdobramentos setoriais ocorrem em todas as UGBs, prevendo ações que visam a atender aos principais requisitos de todas as categorias de clientes.

A fusão das ações do GD e do GR é efetiva nas UGBs, com a compatibilização das metas setoriais com as institucionais, alinhadas ao Planejamento Estratégico.

O que / Como / Por que	Quem / Onde						
	Todas UGBs	PSC	HSF / HSJ / PPF	HCSA	HDS	SADTs	Específicos
OBJETIVO: AUTO-SUSTENTAÇÃO E CRESCIMENTO							
QUESTÕES ESTRATÉGICAS-CHAVE: Velocidade e Excelência de Serviços							
1.AUMENTO DO RESULTADO ECONÔMICO NA ASSISTÊNCIA AO SISTEMA DE SAÚDE ALTERNATIVO							
• AUMENTO DO VOLUME DE ASSISTÊNCIA AOS CONVÊNIOS COM MAIOR RESULTADO ECONÔMICO-FINANCEIRO							
• REVISAR OS CONVÊNIOS COM MAIOR RESULTADO ECONÔMICO-FINANCEIRO (PREFERENCIAIS)							F-M
• REVISAR OS ATRATIVOS / REQUISITOS DOS CONVÊNIOS PREFERENCIAIS							F-M
• DIMENSIONAR E ESTIMULAR A DEMANDA DOS CONVÊNIOS PREFERENCIAIS							F-M
• ESTABELECER E/OU NEGOCIAR LIMITES DE CRÉDITO / FATURAMENTO PARA CADA CONVÊNIO							F-M
• ANALISAR E IMPLANTAR SISTEMAS DE PRIORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA OS CONVÊNIOS PREFERENCIAIS		X	X				
• AUMENTO DO VOLUME DE ASSISTÊNCIA NAS ESPECIALIDADES E/OU PROCEDIMENTOS COM MAIOR RESULTADO ECONÔMICO-FINANCEIRO							
• REVISAR AS ESPECIALIDADES E/OU PROCEDIMENTOS COM MAIOR RESULTADO ECONÔMICO-FINANCEIRO (PREFERENCIAIS)							F-M
• REVISAR OS ATRATIVOS / REQUISITOS AS ESPECIALIDADES E/OU PROCEDIMENTOS PREFERENCIAIS							F-M
• DIMENSIONAR E ESTIMULAR A DEMANDA PARA AS ESPECIALIDADES E/OU PROCEDIMENTOS PREFERENCIAIS							F-M
• ANALISAR E IMPLANTAR SISTEMAS DE PRIORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA AS ESPECIALIDADES E/OU PROC.PREFERENCIAIS		X	X	X	X		

Figura 2.2.4 – Exemplo de desdobramento da Diretriz n. 1, do GD 2002, alinhada às Estratégias 2001-2005

A figura 2.2.4 apresenta exemplos de desdobramentos das Estratégias e Diretrizes para as principais áreas do negócio: unidades hospitalares, SADTs, áreas de apoio ou específicas.

A metodologia relacionada à figura 2.2.4 é utilizada para o desdobramento de todas as questões estratégicas-chave do Gerenciamento pelas Diretrizes, apresentada na figura 2.2.1

Considerada a duração do exercício anual, todas as UGBs da Instituição possuem planos de melhoria de longo prazo (para todo o exercício social = ano civil). Este planejamento ocorre anualmente, nos meses de dezembro a março, quando da análise do desempenho do exercício a findar e da elaboração do respectivo relatório para a Provedoria, ocasião em que também são estabelecidas as metas para o ano seguinte, com seus respectivos indicadores de medição de desempenho.

O Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-dia observa, entre outros, a elaboração do Relatório Anual, Orçamento físico-financeiro (Planejamento Orçamentário) com metas anuais, mensais e diárias, quando pertinentes, e seus respectivos planos de ação, contemplando as Diretrizes Corporativas.

Envolvimento das pessoas na definição e na execução dos planos de ação

Os planos de ação são elaborados e executados no âmbito das UGBs, com o envolvimento das respectivas equipes e da liderança setorial. Após, sua definição e seus indicadores são consolidados no âmbito das UGAs e Unidades Hospitalares, sob a liderança das gerências e diretorias correspondentes. Na sequência, são consolidados, analisados, aprovados e acompanhados no

âmbito do Grupo das Diretrizes.

Alocação dos recursos necessários

Os planos de ação das UGAs e UGBs contêm, além de objetivos e metas, a identificação dos recursos necessários à sua execução, os quais são negociados nas respectivas linhas hierárquicas e/ou Grupo das Diretrizes.

Considerando que as UGAs e UGBs já dispõem dos recursos operacionais como área física, instalações, tecnologias, pessoas, materiais e gerais, havendo necessidades adicionais, as mesmas deverão ser devidamente justificadas na relação custo versus benefício e apresentadas para as instâncias de decisão.

Em uma instância preliminar a análise é feita nas áreas centralizadoras e gestoras de recursos como:

- Pessoas com a Divisão de Relações de Trabalho – DIRT
- Materiais e logística com o Departamento de Administração de Recursos Materiais – DARM
- Tecnologia de Informação e dados financeiros com a Divisão Financeira
- Tecnologias e área física com a Divisão de Engenharia

Na sequência, a deliberação do atendimento, ou não, está centralizada na Direção Executiva.

Os recursos alocados para a execução dos principais planos, nas 189 UGBs, são:

- Área física e instalações, incluindo ambiente físico, climatização, mobiliário, informática e comunicações;

- Equipamentos médico-hospitalares e instrumentais para as demandas assistenciais atuais e planejadas;
- Força de trabalho de aproximadamente 6.000 profissionais, incluindo o Corpo Clínico;
- Materiais, medicamentos e demais insumos;
- Financeiros, conforme ciclo operacional e fluxo de caixa;
- Informações, integrantes dos Sistemas Operacionais, informatizados ou não, utilizados na Instituição.

Comunicação dos planos para a força de trabalho

A comunicação dos planos para a força de trabalho ocorre através de ciclos de reuniões específicas e em reuniões ordinárias, como Seminário Mensal do Gerenciamento da Rotina e reuniões intrasetoriais.

A comunicação no âmbito da UGB e da UGA é compulsória, inclusive com registro em atas remetidas para o Escritório da Qualidade.

Acompanhamento da implementação dos planos de ação

A implementação das Diretrizes Institucionais e respectivos planos de ação de cada UGB, bem como a evolução dos resultados mensais e a existência de Planos de Melhoria do Gerenciamento da Rotina são monitorados pelo Escritório da Qualidade, mensalmente, através do RAAICM – Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Itens de Controle e Metas. No âmbito Corporativo, há análise crítica mensal realizada pelo Grupo das Diretrizes.

Padrões de trabalho

A metodologia utilizada para a operacionalização das estratégias segue o modelo do Gerenciamento pelas Diretrizes e do Gerenciamento da Rotina. O plano de trabalho para o desenvolvimento do Gerenciamento pelas Diretrizes e respectivos desdobramentos até o Gerenciamento da Rotina é elaborado pela Coordenação e Escritório da Qualidade, no qual estão estabelecidas as etapas para a sua elaboração e seus respectivos prazos.

Os padrões utilizados são o Diagrama de Árvore do GD do ano anterior, acrescido das estratégias complementares para cada ano, os formulários dos Planos Anuais das UGAs e das UGBs, e os relatórios mensais do GR – RAAICM. O Planejamento Orçamentário é liderado pela Controladoria, com plano de trabalho específico, e é utilizado o padrão do sistema

ERP-R3 da SAP.

A aplicação das práticas de gestão pode ser evidenciada através dos planos de trabalho para a elaboração dos planejamentos e dos próprios instrumentos de planejamento, cronogramas físicos-financeiros para obras, reformas, instalações de máquinas e/ou equipamentos.

Controle dos padrões de trabalho

O processo de operacionalização das estratégias, representado pelo Gerenciamento pelas Diretrizes, pelo Gerenciamento da Rotina e pelo Planejamento Orçamentário é avaliado mensalmente pelo Grupo das Diretrizes e pelo Escritório da Qualidade.

A medição do desempenho das práticas é realizada a partir dos indicadores do RAAICM, tanto no que se refere à observância dos prazos, como na suficiência das ações das UGBs e UGAs.

A implementação de ações a partir das avaliações, quando pertinentes, é promovida pelo Escritório da Qualidade. Como exemplos de ajustes nas práticas citam-se a revisão dos cronogramas e as etapas do planejamento orçamentário para 2001, contemplando todas as UGBs da Instituição.

b) Aprendizado

O processo de operacionalização das estratégias, representado pelo Gerenciamento pelas Diretrizes, pelo Gerenciamento da Rotina e pelo Planejamento Orçamentário é avaliado anualmente pela Coordenação e Escritório da Qualidade, pela Controladoria e pela Direção Executiva, em reuniões específicas, a partir da avaliação do alinhamento dos planos setoriais com as Diretrizes Corporativas e a efetividade dos mesmos a partir do desempenho apresentado versus metas estabelecidas.

As inovações ou melhorias nas práticas são implementadas pelo Escritório da Qualidade, Coordenação da Qualidade e Grupo das Diretrizes, a partir de reuniões específicas, com aplicação para o ciclo corrente de planejamento, ou para o próximo ciclo, de acordo com sua pertinência.

Como exemplos de inovações ou melhorias, citam-se a distribuição e o retorno das propostas orçamentárias setoriais, através da intranet e de e-mail, a alteração dos critérios de registro de indicadores no RAAICM (RETE), a informatização do RAAICM, o cronograma de auditorias da qualidade, a formatação das reuniões do GD, entre outros.

2.3 – Planejamento da Medição do Desempenho

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

O sistema de medição do desempenho da Instituição é definido pela Direção Executiva e Grupo das Diretrizes, juntamente com a formulação das Estratégias, Objetivos e Diretrizes, no âmbito corporativo, e seus desdobramentos, pelos líderes de UGAs e UGBs, no âmbito funcional.

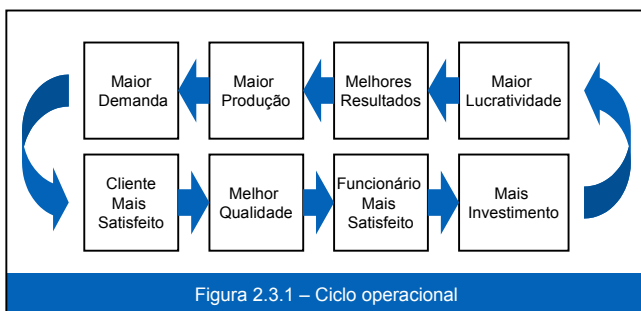
Em termos de sistemas de informações implementadas por UGBs / UGAs específicas, constantes na figura 2.3.1, os padrões de trabalho estão estabelecidos seguindo a metodologia do Gerenciamento da Rotina, com encaminhamentos das ações corretivas definidas pelo Grupo das Diretrizes.

Principais indicadores: classificação, integração e correlação

A seleção dos indicadores é realizada a partir dos requisitos mais valorizados pelas partes interessadas, no que se refere ao resultado do negócio e ao resultado das práticas.

Os principais indicadores de desempenho global, e respectivas áreas responsáveis pela coleta, consolidação e distribuição, estão classificados na Figura 2.3.3.

A integração e a correlação dos indicadores de desempenho da Instituição estão inseridas no ciclo “produção – investimentos – qualidade – satisfação”, apresentado na Figura 2.3.1.



Neste sentido, uma das principais correlações analisadas no desempenho da organização é a Taxa de Ocupação e a Média de Permanência dos pacientes assistidos no hospital, que representam a comparação entre a capacidade ofertada aos clientes e os respectivos níveis de utilização.

A correlação dos resultados operacionais (assistenciais) versus resultados financeiros, enfatizando-se análises que permitam identificar quais fatores são responsáveis pelo desempenho financeiro, é outro exemplo desta prática.

A margem de resultado econômico, que correlaciona custo com a produção e a receita dos serviços, é um item de controle monitorado, no mínimo, mensalmente em todas as unidades produtivas da Instituição.

A correlação da margem de resultado com o tipo de convênio oportuniza ações de marketing, estimulando a

demanda de clientes vinculados aos planos de saúde mais lucrativos.

Outra correlação importante é feita entre a participação no mercado da concorrência (número e tipo de serviços existentes) e a posição da Santa Casa em relação a ela, ensejando ações de marketing adequadamente direcionadas, buscando nichos de mercado.

Em relação à focalização no cliente-paciente e acompanhante e à melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, são considerados os indicadores de satisfação dos clientes com os de educação e treinamento de pessoas.

São também correlacionados indicadores referentes à força de trabalho, tais como taxa de absenteísmo versus custo da folha de pagamento, produção versus número de horas extras.

A figura 2.3.2 apresenta a correlação dos principais indicadores de desempenho, classificados segundo natureza e diretriz institucional:

Projeções de desempenho de concorrentes e/ou referenciais pertinentes

Os indicadores estratégicos possuem metas definidas com base nas necessidades institucionais e oportunidades de mercado, e observam os níveis dos referenciais pertinentes.

A comparação com concorrentes e/ou referenciais pertinentes ocorre com frequências mensal, semestral e anual, cujas fontes são bibliografia técnica, publicações das entidades de classe, publicações dos compradores de serviços, grupos de troca de indicadores, etc. As projeções de desempenho levam em conta as informações de movimentação da oferta dos concorrentes, criação de novos serviços, ampliação, etc, quando disponíveis, ou a estimativa de progressão natural a partir do histórico disponível.

A Instituição considera para o mercado de assistência médico-hospitalar, como hipóteses para os próximos anos, o que segue:

- SUS – Sistema Único de Saúde, com expansão da demanda proporcional ao crescimento demográfico, e especialmente pela tendência da concentração de procedimentos especializados em hospitais de referência regional ou macro-regional, que é o caso da Santa Casa;
- Segmento de Convênios e Particulares, com sensível expansão, da mesma forma, pela tendência da concentração de procedimentos especializados em hospitais de referência regional ou macro-regional.

Estabelecimento de metas de curto e longo prazos

Definidos os objetivos e as estratégias institucionais, os mesmos são discutidos com todas as áreas da organização, sobretudo em relação às metas

individuais necessárias ao alcance das metas gerais.

A definição de metas observa o desempenho histórico, os referenciais pertinentes, as tendências e a parcela de desafio necessária ao crescimento e à melhoria contínua da organização.

No âmbito das Unidades Hospitalares, das UGAs e das UGBs, são consideradas metas de longo prazo as respectivas metas para o ano 2002, e de curto prazo as metas mensais.

As principais metas corporativas de curto e longo prazo estão listadas na figura 2.3.3.

Comunicação às partes interessadas

A comunicação do sistema de medição de desempenho para as partes interessadas é realizada através de reuniões específicas: Mesa Administrativa, Grupo das Diretrizes, Seminários do GR, reuniões setoriais, UGAs e UGBs com divulgação de planilhas padronizadas com os resultados mensais, reuniões com fornecedores e convênios, Santa Casa Benchmarking.

A intranet (e-mail, sites departamentais e outros) com divulgação de relatórios e dados gerenciais disponíveis para UGBs e clientes médicos, também é amplamente utilizada.

A internet (site corporativo) também é meio eficaz de comunicação com as partes interessadas, incluindo a disponibilização de serviços (agendamento de consultas, laudos de exames aos médicos do corpo clínico, etc.). A revista bimensal Santa Casa Notícias, com tiragem de 50 mil exemplares também constitui-se como meio de comunicação e divulgação da Instituição, além do Relatório Anual que consolida os Resultados obtidos.

Controle das práticas de gestão e padrões de trabalho

A medição do desempenho das práticas de gestão deste item ocorre pela avaliação do impacto dos planos de ação nos resultados do negócio, em termos de efetividade. Em termos de processo, a avaliação das práticas e dos padrões de trabalho (5w2h) é realizada anualmente pelo Grupo das Diretrizes, pelo Escritório da Qualidade e pela Controladoria, por ocasião do planejamento anual, e mensalmente através do RAAICM e de reuniões de análise crítica.

Os indicadores utilizados para a avaliação de desempenho do processo estão associados ao cumprimento do cronograma das reuniões e dos eventos de análise crítica, e à existência de indicadores, metas e resultados, cobrindo todas as áreas do negócio e partes interessadas.

A implementação de ações a partir das avaliações, quando pertinentes, é promovida pela Controladoria, pela Coordenação ou pelo Escritório da Qualidade, pelos gerentes de UGAs e UGBs centralizadoras de informações, e pelos integrantes do Grupo das Diretrizes.

b) Aprendizado

O plano de trabalho para o planejamento da medição do desempenho global da Instituição é desenvolvido, avaliado e melhorado, anualmente, pelo Grupo das Diretrizes e pela Direção Executiva, como prática de gestão, no que se refere ao seu conteúdo e prazos, também em termos de indicadores corporativos.

Em termos de indicadores departamentais, operacionais e de áreas específicas (materiais, finanças, pessoas, marketing, assistência), a revisão dos padrões de trabalho está incorporada na análise crítica do Gerenciamento da Rotina, seja mensal no RAAICM ou anual, por ocasião das pesquisas intersetoriais.

As inovações ou melhorias nas práticas são implementadas pelo Grupo das Diretrizes e áreas responsáveis pela coleta e consolidação dos indicadores do sistema de medição do desempenho. A implementação ocorre a partir de reuniões específicas, cujas rotinas são incorporadas no Gerenciamento da Rotina das respectivas áreas (UGBs).

Como exemplos de melhorias ou inovações, cita-se o refinamento na metodologia de elaboração do orçamento anual, o qual passou a conter as metas diárias, mensais e anuais para os indicadores estratégicos, incorporados ao contexto funcional das UGBs.

Figura 2.3.2 – correlação de indicadores

Estratégias 2001-2005		1	2	3	4	5	6	IA	IE																									
Principais indicadores corporativos		Part. econômica de Convênios e Particulares na Receita	Receita de serviços de convênios e particulares	Participação econômica do SUS na Receita	Receita de serviços SUS	Soma Recursos Extraordinários	Plano de investimentos (execução)	Avaliação externa do sistema de gestão (PDGP e PNG)	Remuneração Média dos profissionais	Grav de satisfação dos colaboradores	Índice de horas de tratamento por funcionário por mês	Taxa de rotatividade	Grav de satisfação dos clientes - CONSULTAS	Grav de satisfação dos clientes - SADI	Grav de satisfação dos clientes - HOSPITALIZAÇÕES	Grav de satisfação dos clientes - EMERGÊNCIAS	Grav de satisfação dos convênios	Grav de satisfação dos médicos	N. de Consultas	N. de Cirurgias, Proc. Obstétricos, Transplantes	N. de Leitos Hospitalares (média anual)	N. de Internações Hospitalares	Taxa de Ocupação	Média de Permanência	Funcionários por Leito	N. de SADI	Receita de Serviços	Custo de Serviços	Resultado Operacional	Margem Resultado Operacional	Crescimento na Receita	Crescimento nos Custos	Liquidez e Endividamento	Gastos com materiais/ Fornecedores
1	Part. econômica de Convênios e Particulares na Receita																																	
2	Receita de serviços de convênios e particulares																																	
3	Participação econômica do SUS na Receita																																	
4	Receita de serviços SUS																																	
5	Soma Recursos Extraordinários																																	
6	Plano de investimentos (execução)																																	
7	Avaliação externa do sistema de gestão (PDGP e PNG)																																	
8	Remuneração Média dos profissionais																																	
9	Grav de satisfação dos colaboradores																																	
10	Índice de horas de tratamento por funcionário por mês																																	
11	Taxa de rotatividade																																	
12	Grav de satisfação dos clientes - CONSULTAS																																	
13	Grav de satisfação dos clientes - SADI																																	
14	Grav de satisfação dos clientes - HOSPITALIZAÇÕES																																	
15	Grav de satisfação dos clientes - EMERGÊNCIAS																																	
16	Grav de satisfação dos convênios																																	
17	Grav de satisfação dos médicos																																	
18	N. de Consultas																																	
19	N. de Cirurgias, Proc. Obstétricos, Transplantes																																	
20	N. de Leitos Hospitalares (média anual)																																	
21	N. de Internações Hospitalares																																	
22	Taxa de Ocupação																																	
23	Média de Permanência																																	
24	Funcionários por Leito																																	
25	N. de SADI																																	
26	Receita de Serviços																																	
27	Custo de Serviços																																	
28	Resultado Operacional																																	
29	Margem Resultado Operacional																																	
30	Crescimento na Receita																																	
31	Crescimento nos Custos																																	
32	Liquidez e Endividamento																																	
33	Gastos com materiais/ Fornecedores																																	

1. Aumento do resultado econômico na assistência ao sistema de saúde alternativo

2. Viabilização econômica da assistência ao SUS

3. Captação de recursos extraordinários para investimentos

4. Aquisição dos hospitais e serviços: infra-estrutura, instalações, tecnologia, processos

5. Gestão de pessoas e conhecimento

6. Gestão da satisfação dos clientes

IA = Indicadores Assistenciais

IE = Indicadores Econômico-Financeiros = AUTO-SUSTENTABILIDADE

Correlação

Alta

Média

Baixa

Nula

Correlação

- Alta
- Média
- Baixa
- Nula

Figura 2.3.3 - metas

Estratégias 2001-2005	Principais indicadores corporativos	Unidade de Medida	Meta 2002-2003	Meta 2003-2004	Meta 2004-2005	Áreas responsáveis pelos indicadores
1. Aumento do resultado econômico na assistência ao sistema de saúde alternativo	Participação econômica de Convênios e Particulares na Receita	%	55,00%	55,00%	55,00%	Coleta e consolidação centralizada na DivFin
	Receita de serviços de convênios e particulares	R\$ 1.000,00	106.990	112.339	117.956	
2. Viabilização econômica da assistência ao SUS	Participação econômica do SUS na Receita	%	45,00%	45,00%	45,00%	
	Receita de serviços SUS	R\$ 1.000,00	87.537	91.914	96.510	
3. Captação de recursos extraordinários para investimentos	Soma Recursos Extraordinários	R\$ mil	10.000	5.000	5.000	Coleta e consolidação centralizada na DE, Mkt e DivFin
4. Adequação dos hospitais e serviços: infra-estrutura, instalações, tecnologia, processos	Plano de investimentos (execução)	R\$ mil	10.000	5.000	5.000	Coleta e consolidação centralizada na DivEng e DivFin
	Pontuação do RAAICM	%	95,00%	95,00%	95,00%	Coleta descentralizada nas UGBs, e consolidação no EQ
	Avaliação externa do sistema de gestão (PGQP e PNQ)	resultado	Final PNQ	PNQ	manter	
5. Gestão de pessoas e conhecimento	Remuneração Média dos profissionais	R\$ 1,00	1.100	1.150	1.200	Coleta descentralizada nas UGBs, e consolidação centralizada na DIRT
	Taxa de rotatividade	%	1,10%	1,00%	1,00%	
	Índice de horas de treinamento por funcionário por mês	N. horas	7,00	7,00	7,00	
	Grau de satisfação dos colaboradores	%	=> 90 %	=> 90 %	=> 90 %	Coleta descentralizada nas UGBs, e consolidação centralizada no Mkt
6. Gestão da satisfação dos clientes	Grau de satisfação dos clientes - CONSULTAS	%	=> 95 %	=> 95 %	=> 95 %	
	Grau de satisfação dos clientes - SADI's	%	=> 95 %	=> 95 %	=> 95 %	
	Grau de satisfação dos clientes - HOSPITALIZAÇÕES	%	=> 95 %	=> 95 %	=> 95 %	
	Grau de satisfação dos clientes - EMERGÊNCIAS	%	=> 90 %	=> 90 %	=> 90 %	
	Grau de satisfação dos clientes - SUS	%	=> 95 %	=> 95 %	=> 95 %	
	Grau de satisfação dos convênios	%	=> 95 %	=> 95 %	=> 95 %	
	Grau de satisfação dos médicos	%	=> 90 %	=> 90 %	=> 90 %	
Indicadores Assistenciais (capacidade instalada e produtividade)	N. de Consultas	número	718.218	754.129	791.835	Coleta descentralizada nas UGBs, e consolidação centralizada na DivFin
	N. de Cirurgias	número	64.671	67.905	71.300	
	N. de Procedimentos Obstétricos	número	6.568	6.896	7.241	
	N. de Transplantes	número	1.000	1.050	1.100	
	N. de Leitos Hospitalares (média anual)	número	1.237	1.250	1.250	
	N. de Internações Hospitalares	número	59.010	61.961	65.059	
	Taxa de Ocupação	%	90,00%	90,00%	90,00%	
	Média de Permanência	dias	5,8	5,8	5,8	
	N. de Funcionários / Leitos Hospitalares	número	3,85	3,85	3,85	
	N. de SADI's	número	3.783.616	3.972.797	4.171.437	
Resultados Econômico-Financeiros AUTO-SUSTENTAÇÃO	Receita de Serviços	R\$ 1.000,00	194.527	204.253	214.466	Coleta e consolidação centralizada na DivFin
	Custo de Serviços	R\$ 1.000,00	189.402	198.126	208.032	
	Resultado Operacional	R\$ 1.000,00	5.125	6.128	6.434	
	Margem Resultado Operacional	%	2,63%	3,00%	3,00%	
	Crescimento na Receita	Var.%	11,00%	5,00%	5,00%	
	Crescimento nos Custos	Var.%	11,00%	5,00%	5,00%	
	Liquidez	índice	0,70	0,70	0,70	
	Endividamento	%	30,00%	30,00%	30,00%	
	Gastos com materiais/ Fornecedoros	% receita	29,00%	29,00%	29,00%	

C_LIENTE E S_OCIDADE

3.1 Imagem e Conhecimento de Mercado

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Definição dos segmentos de mercado e clientes

O mercado é segmentado em clientes usuários do convênio SUS (Sistema Único de Saúde) e clientes particulares e de outros convênios de saúde. Os clientes da Instituição são segmentados em: a) Clientes usuários de consultas, diagnóstico e tratamento e Internações; b) clientes de convênios; c) clientes médicos; d) clientes funcionários; e) cliente comunidade (item 3.3). A segmentação dos clientes se dá de acordo com suas necessidades e a de mercado por categoria de convênio.

A concorrência é estabelecida mediante a identificação da área de atuação. São concorrentes diretos da Instituição as unidades hospitalares que prestam assistência ao SUS e a outros convênios e particulares, além de conterem área de ensino e pesquisa, atuando como hospital-escola. Também são considerados concorrentes as unidades hospitalares que trabalham com os segmentos isolados, segundo o critério econômico. São utilizados dados comparativos das unidades que prestam assistência a clientes usuários vinculados a outros convênios e particulares, para o estabelecimento de referenciais específicos deste segmento.

Necessidades dos clientes

As necessidades dos clientes são identificadas através do Sistema de Informações de Marketing –SIM, que utiliza como instrumentos a aplicação de pesquisas com todos os clientes, como também através da Ouvidoria, que dispõe de pessoal treinado e capacitado para ouvir o cliente. Os clientes podem acessar à Instituição através dos seguintes canais: entrevista pessoal, telefone, fax ou site. Todas as manifestações dos clientes, em formulário padrão, são remetidas à gerência da área envolvida, que dá o devido tratamento e retorno ao cliente. São aplicadas, também, pesquisas de oportunidade de mercado, tanto interna como externamente, para que a Instituição se antecipe às expectativas de mercado: uma das formas é através do estudo de morbidade do Estado, bem como das principais doenças que ocorrem nas suas regiões. O resultado dessas pesquisas permite a identificação do perfil epidemiológico.

O Departamento de Marketing faz a análise dos resultados das pesquisas, contidos em um Banco de Dados específico para estas, identificando os atributos mais importantes para os clientes (Exemplo: limpeza, cordialidade, presteza), e desta forma desencadeia as ações. São realizados estudos dos principais hospitais do mundo, que também sinalizam a antecipação de mercado, quanto às novas tendências da medicina.

As informações de marketing permitem, através do conhecimento dos clientes e do mercado, identificar oportunidades de mercado e negócios, em especial no segmento de pacientes particulares e de convênios. A

Instituição foi a pioneira na implantação de um serviço denominado NAP - Núcleo de Apoio ao Paciente, o qual funcionava como apoio ao paciente dentro e fora do hospital. Este serviço evoluiu para a Ouvidoria, sistema que estreita as relações com os clientes. Algumas novas oportunidades de mercado identificadas, além das já citadas, são a realização de exames de saúde ocupacional (periódicos) para outras empresas, o desenvolvimento de tecnologia para a realização de TMO (transplante de medula óssea), de braquiterapia de alta taxa de dose, a criação do Serviço de Medicina Fetal, Serviço de Oftalmologia, Dermatologia, etc. Outro exemplo pertinente ao conhecimento do mercado, associado ao conhecimento do perfil epidemiológico da comunidade e ao acompanhamento das tendências mundiais na área de assistência à saúde é o serviço de emergência cardiológica, com características inovadoras, inaugurado com o objetivo de preencher lacuna existente no mercado local de assistência; o mesmo contou com subsídios colhidos em visita técnica realizada por profissionais da Instituição a um centro modelo nesta área, o “Chest Pain Center” de Baltimore, Maryland, EUA.

Através do mapeamento dos SADTs (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento) existentes no Estado, seus preços, posicionamento no mercado, pesquisa de demanda, etc., integrantes do Plano Anual de Marketing, identifica-se oportunidades de negócio para a Instituição, que resultam em projetos de crescimento, como, por exemplo, o de aquisição e instalação de um tomógrafo no HCSA.

Divulgação aos clientes e mercado

A divulgação dos produtos da Instituição é realizada através de instrumentos de marketing segmentados por cliente. Para tanto, utiliza-se um banco de dados composto por 70 mil clientes.

- Revista Santa Casa Notícias: com tiragem de 50 mil exemplares e periodicidade bimestral, através de uma distribuição dirigida ao público externo (contido no Banco de Dados) e interno para clientes pacientes e acompanhantes;
- Assessoria de Imprensa: viabiliza uma média de 156 inserções na mídia mensalmente em rádio, televisão, jornal e revista; sendo um dos instrumentos de Marketing que viabiliza a maior abrangência de divulgação da Instituição para o público em geral;
- Programa de rádio “Plantão Médico Santa Casa”: textos publicitários produzidos semanalmente e veiculados diariamente nas principais rádios do Estado, de acordo com o perfil do ouvinte, ou seja, faixa etária, sexo e classe social;
- Eventos Científicos: objetivando a divulgação da Instituição com o crescimento científicos dos

profissionais, realizando uma média de 137 eventos/ano;

- Eventos Promocionais: objetivando a relação direta com os clientes e potenciais clientes da Instituição, bem como sendo fonte de notícias. São eventos promocionais: stands em shoppings e empresas, campanhas de prevenção, campanha de doação de órgãos, inaugurações, festividades em datas relevantes, etc.;
- Materiais Promocionais: produção de camisetas, bonés, painéis, etc., como recursos de divulgação utilizados em eventos promocionais;
- Folheteria: produção de materiais como malas-diretas, cartazes, catálogos, folders para divulgação de produtos, serviços, ações específicas;
- Site na Internet: informações sobre a Instituição, seu corpo clínico e seus serviços. São oferecidos serviços como: Ouvidoria, Pergunte ao Médico (para esclarecimentos sobre medicina e saúde) e Agenda On-Line (marcação de consultas via internet).
- E-Mails: utilização de banco de e-mails para mensagens específicas por segmento;
- Áudio-visuais: elaboração de matérias para palestras internas e externas de médicos e funcionários, seguindo um padrão de marca;
- Kit's de Internação: distribuição para os clientes usuários no momento da internação de uma pasta contendo o formulário de pesquisa e materiais de divulgação da Instituição;
- Murais e Displays: utilização de cartazes para a comunicação com o público interno;
- Intranet: canal de divulgação interno;
- Jornal Virtual: canal interno de notícias.

As informações inseridas nos instrumentos de comunicação passam pela análise e correção quanto ao seu conteúdo e clareza. Para tanto, contamos com o apoio dos profissionais da área médica, administrativa ou área específica. A assessoria de imprensa atua de forma significativa nesta etapa.

Nível de conhecimento da marca e produtos pelos clientes

Os níveis de conhecimento dos clientes sobre os serviços e a marca são identificados através de indicadores de imagem, com pesquisas aplicadas, identificando o seu conhecimento sobre a Instituição e a fidelidade. Também são consideradas as pesquisas de lembrança e preferência realizadas por empresas externas (Segmento e Qualidata).

A comunicação da imagem dá-se através de ferramentas mercadológicas específicas para cada segmento de clientes: cliente comunidade, cliente médico, cliente usuário, cliente convênio e cliente funcionário.

Por empresa independente, são tabuladas todas as notícias e anúncios de rádio, televisão e jornal que envolvem a saúde e concorrentes.

Além da lembrança e preferência, são medidas variáveis de indicações não médicas aos hospitais como: preferência pessoal, indicação de amigos, de convênios.

Controle dos padrões e práticas

Os instrumentos de Marketing definidos para a formação do “Sistema de Informações Mercadológicas” são utilizados de forma sistemática com periodicidade bem definida. Assim, as pesquisas, dependendo do segmento, são aplicadas mensal ou anualmente. Outros instrumentos são utilizados diariamente, como Assessoria de Imprensa, atualização do Site e Jornal Virtual, distribuição de kits de Internação e programa de rádio. Cada um desses instrumentos é medido, pelo Departamento de Marketing, de acordo com sua frequência e controlados, comparando-os às metas estabelecidas no planejamento estratégico institucional, e de forma estruturada, no mínimo mensalmente, por ocasião da elaboração do RAAICM (conforme descrito em 1.2).

Através dos indicadores de imagem e demanda são monitoradas as ações mercadológicas, buscando adequações e correções nos padrões de trabalho. Exemplificando: a mudança do perfil do Boletim Informativo Santa Casa Notícias, com foco, principalmente, no público interno; para a Revista Santa Casa Notícias, com foco no cliente externo e linha editorial com maior interesse público. Outro exemplo é a adequação das pesquisas do cliente usuário dos produtos consulta e diagnóstico e tratamento com informações pertinentes às estratégias atuais da Instituição, além da criação da pesquisa para o cliente de emergência. A Assessoria de Imprensa é desenvolvida mediante as necessidades evidenciadas por esses indicadores. O principal indicador da qualidade do serviço é o resultado das pesquisas, o qual é medido de acordo com a periodicidade de aplicação com cada segmento de cliente.

Sempre que identificado o não alcance da meta institucional, são realizadas reuniões de avaliação com o grupo gerencial. Os indicadores principais de desempenho no mercado referem-se ao grau de participação, tanto em quantidades (números de atendimentos) quanto em participação econômica. Sempre que identificado o não alcance da meta institucional, são realizadas reuniões de avaliação com o Grupo das Diretrizes.

b) Aprendizado

Periodicamente, os instrumentos de pesquisas, suas técnicas de validação e o processo de sua aplicação são reavaliados com base nos resultados e experiências anteriores, bem como os demais instrumentos de Marketing resultando em melhorias do sistema como um todo. Indicadores como participação no mercado e lembrança e preferência (imagem) são utilizados para avaliação das Práticas de Gestão, que, uma vez

identificada a necessidade de melhoria e/ou inovação, esta é proposta e discutida no âmbito do Departamento de Marketing e consensada com a Direção Executiva. Após, sob a liderança do Departamento de Marketing, é comunicada formalmente a todas as UGB.

As principais melhorias introduzidas nos últimos anos são:

As informações relacionadas ao aprendizado estão apresentadas abaixo, no formato de evolução dos fatos, com referências das áreas responsáveis, quando pertinente :

- 1999 – Lançamento da Revista Santa Casa Notícias e do instrumento “Pergunte ao Médico”.

- 1999 – Disponibilização da Ouvidoria via Internet.
- 2000 – Lançamento do instrumento de marcação de consultas via Internet “Agenda On-Line” e profissionalização da captação de recursos externos.
- 2000 – Segmentação da Pesquisa de Emergência.
- 2000 – Criação do Jornal Virtual na Intranet.
- 2001 – Viabilização das pesquisas através da Intranet.

3.2 – Relacionamento com Clientes

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Canais de relacionamento para os clientes

Os canais de acesso (Ouvidoria e Pesquisas Segmentadas) de todos os clientes, que são estabelecidos levando-se em conta as estratégias institucionais e sinalizações do mercado, observando metas de demanda e imagem, propiciam registros de reclamações, sugestões, elogios e oportunidades, que são tratados diretamente pelas áreas de Marketing e atendimento aos clientes. Estas áreas possuem livros de registros, sendo o tratamento e a resposta desenvolvido através das chefias das respectivas áreas ou pela área de Marketing (Ouvidoria).

Através de forma padronizada, que pode ser por entrevista pessoal, e-mail ou telefone, o responsável dará solução e informará o cliente. Todas as UGBs monitoram as reclamações através de item de controle específico. Da mesma forma o grau de satisfação e insatisfação dos clientes é monitorado de acordo com a periodicidade da coleta de informações de cada segmento. Recentemente, foram criados mais dois sistemas de informação com os clientes, como o “Pergunte ao Médico” e o “Pergunte ao Diretor”, o primeiro, direcionado ao cliente comunidade e o segundo, ao cliente funcionário.

Portanto, os principais canais de acesso disponíveis aos clientes são: as pesquisas junto aos diferentes segmentos de clientes, o “Fale Conosco”, na Revista Santa Casa Notícias, a Ouvidoria, a visitação e/ou consulta pró-ativa desenvolvido pela Direção, áreas de Marketing e Finanças, junto aos clientes, além do sistema de registro de reclamações existente em todas as UGBs, descrito abaixo.

Acompanhamento das transações

O atendimento aos clientes internos e externos é desenvolvido observando padrões institucionais ou específicos, conforme as áreas de atuação. Entre eles: o atendimento do serviço de enfermagem, atendimento de recepções, o atendimento telefônico, etc., são padrões institucionais. Esses procedimentos operacionais padrão são objeto de treinamentos sistemáticos pelas chefias e áreas de capacitação e desenvolvimento de pessoas

para as respectivas equipes. As áreas de atendimento direto ao paciente apresentam padrões arquitetônicos e funcionais específicos, desenvolvidos conjuntamente pela própria área e por equipe de engenheiros e arquitetos da DivEng, sempre com vistas à melhoria funcional e satisfação dos clientes e funcionários, porém observando a otimização dos espaços e recursos disponíveis. Os funcionários utilizam uniformes padronizados conforme as suas áreas de atuação.

Tratamento de reclamações ou sugestões dos clientes

A Instituição monitora sistematicamente indicadores quanto à retenção de clientes, suas reclamações, sugestões, elogios e críticas, assim como seu desempenho no mercado. As reclamações são tratadas diretamente pelas áreas de atendimento aos clientes e pelo setor de Ouvidoria do Departamento de Marketing, conforme será detalhado a seguir.

O tratamento de reclamações, opiniões e sugestões de clientes recebidas, sejam espontâneas ou estimuladas, através dos próprios serviços ou áreas de apoio (Marketing, Faturamentos, Direção, etc.), que se constituem em importantes subsídios de melhorias é realizado de forma padronizada pelas áreas pertinentes à solução e encaminhamentos para retorno aos clientes. Exemplificando: nas unidades de internação, foi implantada uma rotina de verificação das condições das acomodações, previamente ao ingresso dos pacientes, através de check-list específico, reduzindo substancialmente as insatisfações relacionadas à hotelaria.

Os hospitais possuem livro próprio para o registro de críticas e elogios de pacientes e acompanhantes, sendo o tratamento e resposta das mesmas, quando pertinentes, desenvolvido através das chefias das respectivas áreas, ou pela área de Marketing (Ouvidoria).

O tratamento das reclamações dos clientes, externos e internos, de todos os segmentos, está sistematizado, da seguinte forma: todas as unidades da Instituição, sejam elas assistenciais, de apoio

diagnóstico ou operacional, possuem folha de verificação própria, onde são registradas todas as reclamações recebidas; se a reclamação for referente à própria UGB que a está recebendo, seu tratamento e retorno ao cliente da solução encaminhada é feito pelo responsável pela mesma; caso se trate de reclamação referente a outra UGB, ela é igualmente recebida e registrada, evitando-se, assim, encaminhar o reclamante a outro setor. Entretanto, através de forma padronizada, essa reclamação é encaminhada ao setor envolvido, cujo responsável dará solução e informará o cliente. Todas as UGBs monitoram as reclamações através de item de controle específico.

Avaliação da satisfação, fidelidade e insatisfação dos clientes

A Instituição realiza sistematicamente a avaliação da satisfação, da insatisfação e da fidelidade dos clientes, através de pesquisas, com todos os segmentos, através de formulários padronizados. Além dos clientes mencionados, é medida também a satisfação dos clientes que comparecem ao "Santa Casa Benchmarking" e dos participantes de eventos científicos promovidos pela Santa Casa.

Através da análise dos resultados das pesquisas consegue-se identificar os motivos de insatisfação dos clientes, agir corretiva e preventivamente nas suas causas e, assim, melhorar a satisfação dos mesmos. Os diferentes tipos de pesquisa para cada segmento da clientela têm tratamento diferenciado.

Para o segmento de clientes particulares e de outros convênios de saúde, por exemplo, tanto no segmento de internações como no de consultas e diagnóstico e tratamento, o instrumento de pesquisa é oferecido universalmente e estimulado o seu preenchimento. As urnas para depósito das pesquisas pelos clientes encontram-se em locais estratégicos das unidades de atendimento e são abertas diariamente pelos seus responsáveis; este procedimento permite o conhecimento imediato da satisfação dos clientes, assim como dos motivos de sua insatisfação, críticas, reclamações, elogios, etc.

Desde 1992, os clientes se manifestam para identificar os principais atributos de um hospital. Com base nas pontuações dessas citações são elaboradas as pesquisas com foco no grau de importância de suas necessidades.

A sistematização de informações de satisfação e insatisfação de clientes, no setor médico-hospitalar, é uma prática desenvolvida por poucas instituições, sendo a sua troca promovida a partir dos grupos de indicadores do PGQP e contatos individuais entre as Instituições.

Outro mecanismo de avaliação da satisfação e da insatisfação do cliente é o sistema de registro e acompanhamento de reclamações existente em cada UGB, descrito no tópico anterior.

Utilização das informações dos clientes para melhoria do grau de satisfação

As informações obtidas pelo sistema de pesquisas e consultas citados, além de serem utilizadas para a avaliação do nível de satisfação do cliente, servem

também para gerarem ações de promoção de melhorias do mesmo, além de identificar oportunidades de negócio, contribuindo para a intensificação da satisfação dos clientes.

Diariamente os gerentes das unidades onde ocorre o contato direto do cliente com a Instituição (áreas assistenciais e de apoio técnico e administrativo) abrem as urnas das pesquisas e as analisam, promovendo ações corretivas imediatas em relação aos aspectos de insatisfação identificados pelo cliente.

Ao final de cada mês, todas as unidades remetem as pesquisas ao Departamento de Marketing, que consolida os resultados por UGB, por UGA e corporativo, divulgando e distribuindo esses resultados para toda a Instituição.

Por outro lado, cabe salientar que os indicadores de satisfação dos clientes fazem parte do conjunto de informações estratégicas da Instituição e, como tal, são avaliados sistematicamente pelo Grupo das Diretrizes, conforme já descrito em 1.3.

É realizada a realimentação das atividades para melhorar a satisfação dos clientes. Mensalmente, o gerente de Marketing promove e coordena uma reunião com os gerentes de UGAs, para analisar criticamente os resultados das pesquisas.

Ao final dessas reuniões, nas quais são discutidas e analisadas as causas dos problemas, cada área tem identificado o seu plano de ação para melhoria da qualidade; os resultados das ações executadas são avaliados na próxima reunião mensal, à luz dos novos resultados das pesquisas, caracterizando, assim, ciclos mensais de análise crítica e melhorias.

A fidelização dos clientes é pesquisada através das respostas às perguntas "Você já tinha utilizado nossos serviços?" e "Você voltaria a utilizar os nossos serviços?", analisadas mensalmente pelo Departamento de Marketing e pelas áreas pertinentes, através do sistema de análise crítica dos resultados das pesquisas de satisfação.

O grau de satisfação dos clientes é comparado ao da concorrência através da troca de Relatórios Anuais entre as instituições, e, principalmente, através de formulários de pesquisas utilizados pelos concorrentes, além dos resultados adquiridos, também anualmente.

Controle de padrões e práticas

Os padrões de trabalho e práticas de gestão adotados pelas UGBs, para o relacionamento com os seus clientes, estão incorporados e são monitorizados no Gerenciamento da Rotina, de cada UGB.

As principais informações e indicadores do Gerenciamento da Rotina são a existência no RAAICM de indicadores ou itens de controle de relacionamento com clientes, de cada UGB.

b) Aprendizado

Os formulários de pesquisas são avaliados constantemente, com relação a relevância, importância, necessidade da informação gerada através da aplicação

da mesma. No formulário de pesquisa aplicado na Emergência, verificou-se, por exemplo a necessidade de avaliar o tempo de espera para a realização do atendimento. Desta forma, a melhoria é aplicada.

As reuniões mensais de análise crítica dos resultados das pesquisas, já descritas, no seu formato atual, com reunião prévia preparatória dos dados, resultaram como melhoria de um ciclo de avaliação. Como exemplo de melhorias recentemente implantadas em decorrência da avaliação do desempenho das práticas e dos padrões de trabalho deste item, pode-se citar a implantação, a partir de maio de 2001, da ampliação do canal de comunicação via Intranet com o link “Fale com o Diretor”, dirigido ao público interno da Instituição, sob a coordenação de Departamento de Administração de Pessoal.

As informações relacionadas ao aprendizado estão apresentadas abaixo, no formato de evolução dos fatos, com referências das áreas responsáveis, quando pertinente:

- 1999 – Início da Realização de reuniões sistemáticas com o Grupo de Satisfação dos Clientes.
- 1999 – Ampliação do Canal de Comunicação via Internet: Link para sugestões e reclamações; Link para Ouvidoria; Link para “Pergunte ao Médico”.
- 1999-2000 – Desenvolvimento das reuniões sistemáticas com a participação: cliente convênios, Direção, Marketing e Financeiro da Santa Casa.
- 2001 – Ampliação do canal de comunicação Via Intranet: Link “ Pergunte ao Diretor “.

3.3 – Interação com a Sociedade

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Avaliação e tratamento de impactos sobre ecossistemas e sociedade

A responsabilidade pública e cidadania está incorporada à Missão da Instituição, seja nos aspectos de ensino e pesquisa na área médica, com conseqüente formação de profissionais para a comunidade, seja no desenvolvimento da assistência com pleno alinhamento do perfil epidemiológico às necessidades da comunidade. A Instituição, em seus segmentos de processos assistenciais, preocupa-se em minimizar os impactos sobre a sociedade e os ecossistemas. Para tanto implementou uma série de projetos e programas visando a redução destes impactos: Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, Projeto Suinocultura, Programa do Óleo Saturado, Tratamento de Efluentes da Lavanderia, Tratamento de Materiais de Análises Clínicas e Proteção da Radiação Ionizante, entre outros. Para o adequado cumprimento dos padrões de trabalho segue a Legislação Estadual e Municipal definida pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA, para serviços de saúde, da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, para o Laboratório de Análises Clínicas, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Departamento Municipal de Limpeza Urbana, da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN), que orienta o funcionamento do serviço de radiologia diagnóstica.

• ProGResSo - Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos: criado em 23 de setembro de 1996, com o objetivo de promover a seleção adequada do lixo hospitalar, facilitando a reciclagem de materiais (plásticos, papéis e outras sucatas aproveitáveis), preservando aspectos do meio ambiente e garantindo segurança à comunidade, uma vez que os materiais contaminados já recebiam tratamento adequado. Para implantar o Programa foi decisiva a nomeação de uma comissão, constituída por funcionários representantes da Divisão de Nutrição e Dietética, da Divisão de

Engenharia, do Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, de Enfermagem e de Farmácia, que definiu a metodologia de trabalho. Foi responsável pela estruturação do programa, com a definição de ações que deveriam ser desenvolvidas em cada unidade gerencial básica (UGB), observando suas características; pela divulgação, treinamento e implantação do programa determinando normas de segregação de resíduos, obedecendo critérios de acondicionamento; pela instituição de planilha de verificação para monitoramento e controle diário do programa; pelo estabelecimento da meta de 100% de segregação correta para a “taxa de volumes com resíduos sólidos adequadamente separados” e pela sistemática de avaliação de resultados mensais por meio dos relatórios das UGBs com planos de melhoria para meta não atingida. A comissão se reúne mensalmente para avaliação e definição de melhorias do programa. Portanto, a totalidade das UGBs monitoriza a eficácia do programa através de item de controle específico.

• Projeto Suinocultura: em desenvolvimento desde 1992, em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, por meio do Departamento Municipal de Limpeza Urbana, a Divisão de Nutrição e Dietética da Instituição vem destinando os resíduos resultantes do preparo das refeições e restos do refeitório para o referido projeto, beneficiando mensalmente 100 crianças das duas creches do bairro Restinga. Para o cumprimento deste programa, são realizadas várias atividades: Curso de capacitação de colaboradores do serviço de nutrição, para a qualificação de resíduos orgânicos alimentares, a correta segregação dos resíduos e para normas de fiscalização efetivas; visitas às áreas de destino final de resíduos orgânicos, com o propósito de sensibilizar e comprometer as partes envolvidas; monitoramento da eficiência e eficácia do processo; inclusão do tema no Programa de Integração de Novos Colaboradores (PINC); estabelecimento da

meta de 100% para a segregação correta dos resíduos; reuniões mensais para avaliação do desempenho do projeto na Instituição. Além das creches, os criadores também são favorecidos na compra de alimentos não perecíveis, mensalmente. A Instituição também disponibiliza para o projeto os cavacos e maravalhas (resíduos da construção de móveis), que entram na composição da ração animal, desde 1º de agosto de 1996.

- Programa do óleo saturado: Outra prática que se destaca é o encaminhamento de óleo saturado, gerado na cozinha, para a Comel, indústria de Guaíba (cidade da Grande Porto Alegre), que promove a transformação do óleo em resina de cola e plástico, viabilizado por um contrato de parceria com a empresa Recolt, recolhedora e transportadora do produto, desde 30 de agosto de 1996. Periodicamente, desenvolve atividades de treinamento para capacitar colaboradores ao acondicionamento do óleo, com a divulgação da meta de 100% de destinação do mesmo para o projeto, e, ainda, realiza monitoramento do volume de óleo reaproveitado. São encaminhados em média 1.500 litros de óleo por mês para a utilização em maquinários, evitando o uso de óleo novo (não reciclado).

- Tratamento dos efluentes: A Central de Processamento de Roupas utiliza somente produtos biodegradáveis na lavagem e desinfecção de toda a roupa hospitalar, tem adequado aproveitamento da água e realiza sua descontaminação antes de despezá-la na rede pública. Como os produtos usados para lavar a roupa são bactericidas e germicidas, existe um pré-tratamento dos efluentes, antes de lançá-los na rede de esgoto pública. O controle do processo é garantido pela padronização dos produtos químicos que emprega. Compra os produtos para lavar roupas de empresas fornecedoras que possuem publicação no Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e/ou FEPAM (Fundação Estadual de Proteção ao Meio Ambiente) e que possuem semelhança nas suas características físico-químicas, composição e princípios ativos. Para garantir o processo de efluentes na rede de esgoto, estão instaladas grades nas saídas de água das máquinas de lavar, na área suja, para reter qualquer objeto sólido, fiapos de roupas, papel, plásticos e outros, impedindo que esse material chegue à rede de esgotos.

- Tratamento de materiais de análises clínicas: Existe uma preocupação constante na redução dos riscos à saúde fazendo a segregação na origem, acondicionamento, tratamento prévio, armazenamento e destino final dos resíduos gerados, classificando-os de acordo com as normas em vigor, priorizando a redução, a reciclagem e o reaproveitamento dos mesmos. É importante salientar a definição dos tipos de recipientes, sacos plásticos e demais contenedores de resíduos em função das quantidades geradas e do tipo de resíduo, provenientes de áreas críticas em função dos riscos. Para a proteção dos manipuladores de materiais são utilizados equipamentos de proteção individual (EPIs), em consonância com as legislações de saúde e ambiental vigentes. Também são

desenvolvidos programas de treinamento dos recursos humanos, para reforçar o tratamento específico de alguns tipos de resíduos dentro do estabelecimento, por exemplo secreções, sangue, fezes e urina, em função de determinadas particularidades do serviço de coleta, tratamento e destino final dos resíduos fora da unidade geradora.

- Proteção da radiação: Visa proteger o homem e o meio ambiente do uso indevido da radiação ionizante. Neste sentido, os trabalhadores ocupacionalmente expostos, os pacientes e a sociedade são protegidos pela utilização de normas internacionais e nacionais que norteiam os procedimentos de proteção radiológica. O cumprimento da Portaria 453 da Vigilância Sanitária, que estabelece normas e valores para o funcionamento de um serviço de Radiologia Diagnóstica, garante a proteção. O fornecimento de dosímetros para os colaboradores ocupacionalmente expostos, de equipamentos de proteção individual (EPIs) em Radiodiagnóstico, como aventais de chumbo, protetor de tireóide, luvas plumbicas e outros, o treinamento dos colaboradores nas Unidades, o acompanhamento e controle de doses (medidas pelos dosímetros), a inclusão do assunto “Equipamentos de Proteção Radiológica” no PINC, o cálculo de barreiras das salas de Raios X e o acompanhamento de exames periódicos de saúde pelo Serviço Médico Pessoal são exemplos de cuidados que evidenciam a preocupação da Instituição. Como forma de avaliação e verificação dos níveis da comunidade, são consideradas sugestões e críticas recebidas. A partir destas evidências de não conformidade são estabelecidos planos de melhorias de processos para evitar a reincidência dos problemas referidos.

Exemplo de preocupação com a preservação do ambiente é a realização de transplantes de árvores (palmeiras e coqueiros) de locais afetados pelas obras de ampliação do Hospital Santa Rita para outros locais do terreno da Instituição.

O grau de satisfação da comunidade com a Instituição é avaliado principalmente através das pesquisas “Prêmio de Qualidade Hospitalar”, do Ministério da Saúde; e de preferência e lembrança, realizadas por empresas externas (Segmento e Qualidata).

O desenvolvimento de palestras dos profissionais médicos e administrativos da Santa Casa de Porto Alegre em outros hospitais, instituições de ensino, empresas, shoppings, e outros constituem exemplos de interação com a sociedade.

Tratamento de pendências ou sanções legais

Em relação a sanções ou pendências referentes aos requisitos legais, regulamentares, éticos ou contratuais, os procedimentos que envolvem a resolução legal e jurídica ocorrem por meio de análise das evidências referidas, no Departamento Jurídico que, na seqüência, discute a procedência e/ou comprovação dos fatos da análise juntamente com a área responsabilizada. Na conclusão do processo, são definidas ações e/ou normas institucionais que evitem a

reincidência da ocorrência.

Ações de interesse comunitário: a Instituição desenvolve, através da participação ativa junto a organizações governamentais e não governamentais no que se refere a políticas de saúde e bem-estar da comunidade, como o apoio às secretarias de saúde municipal e estadual, Instituto de Previdência do Estado - IPERGS, conselhos municipal e estadual de saúde, Federação das Santas Casas, associações e sindicatos de hospitais, Ministério da Saúde, Secretaria de Administração Federal - SAF, Ministério da Indústria e Comércio, Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade - Comitê Q, disponibilizando avaliadores externos e examinadores do Prêmio Qualidade RS, Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, disponibilizando examinadores nas etapas I, II e III do PNQ, edições de 1999, 2000 e 2001.

Em parceria com o Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul - SINDIBERF, com o Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Estado do Rio Grande do Sul - SEBRAE-RS e com a Delegacia Regional do Trabalho do Estado do Rio Grande do Sul, foi desenvolvido projeto de Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade Total nos Hospitais Sem Fins Lucrativos do Estado do Rio Grande do Sul, que prevê a transferência da tecnologia de gestão desenvolvida na Santa Casa, para 248 hospitais, que representam 25.000 leitos no Estado e empregam 55.000 pessoas.

Em 20 de junho de 2000, através da Portaria n.º 605, a Instituição foi escolhida pelo Ministério da Saúde como Centro Colaborador do Programa "Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar", instituído dentro de sua política de incentivo ao desenvolvimento da assistência hospitalar oferecida à população. O programa é uma proposta nova no processo de realização de assessoria e consultoria e na difusão da qualidade da gestão e assistência hospitalar. Entre os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para a seleção dos Centros Colaboradores, destaca-se o modelo gerencial da instituição, que deve estar desenvolvendo métodos de gestão inovadores, com visão de sistema e voltados para a obtenção de resultados. Nesse sentido, a Instituição, em 2000 e 2001, prestou assessorias e consultorias à Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca, Estado de São Paulo, disponibilizando alguns de seus colaboradores, inclusive com viagens e permanência física na sede da entidade beneficiada, por períodos de até uma semana.

Participa também de outros projetos de interesse público, como a monitorização permanente da camada de ozônio, em colaboração com o INPE - Instituto de Pesquisas Espaciais, e o Plano de Eficiência Energética, combatendo o desperdício de energia, em parceria com o Governo do Estado, Companhia Estadual de Energia Elétrica.

As iniciativas em relação a ações de interesse da comunidade se desenvolvem por meio da observância das necessidades da comunidade. Em relação à saúde são permanentes, havendo a adequação, estruturação, planejamento e

execução das ações da Instituição a partir de dados epidemiológicos, inclusive com a realização de investimentos em tecnologias especializadas, permitindo assim atender necessidades específicas da comunidade. O perfil epidemiológico do Estado e do País, assim como a evolução da saúde no mundo, são matérias de atualização constante na Instituição, com a participação pessoal do Diretor Médico.

Neste sentido, como forma de amenizar a escassez existente, a Santa Casa constituiu e mantém a Coordenadoria de Captação de Órgãos para Transplantes, contribuindo, assim, para diminuir a gravidade deste problema de saúde pública. A Instituição definiu em 1998, no seu planejamento estratégico, para o período de 4 anos, a construção de um novo hospital, cujas obras foram inauguradas em 20 de dezembro de 2001, abrigando um Centro Clínico e um Centro para a realização de Transplantes, com 62 transplantes realizados até maio de 2002. No mês de setembro de 1999, a Instituição realizou transplante de pulmão com doadores vivos, até então inédito no País; no mês de outubro de 1999, a Santa Casa comemorou a realização do 1.000.º transplante de rim e do 100.º transplante de fígado. Nesta área de transplantes, promove, com o apoio da Imprensa local, campanha de orientação e estímulo à doação de órgãos para transplantes. Também antecipando-se e alinhada às necessidades da comunidade, a organização inaugurou recentemente novos serviços: emergência cardiológica, tomando a iniciativa e inovando em relação aos padrões existentes no mercado, e serviços de cirurgia ambulatorial e oftalmologia.

A responsabilidade pela qualidade de serviços e produtos é evidenciada por meio da missão da Instituição que é indissociável da responsabilidade pública e espírito comunitário necessários às empresas modernas.

Pela sua condição de prestadora de serviços de assistência médico-hospitalar, a preocupação constante com a garantia e melhoria contínua da qualidade de seus produtos e serviços se confunde com as responsabilidades da Instituição perante à sociedade e o exercício da cidadania, principalmente no que se refere à atenção à saúde pública e a programas de interesse social na área da assistência médica, ensino e pesquisa.

Neste sentido, inúmeras são as ações que garantem a saúde e a segurança de seus clientes, citando-se, por exemplo: monitorização sistemática dos coeficientes de infecção hospitalar, controle microbiológico de fórmulas lácteas e de leite materno, através do Banco de Leite Humano, sistema de identificação e tratamento de intercorrências assistenciais de enfermagem e de execução de rotinas assistenciais, sistema de padronização de medicamentos e materiais, com garantia de qualidade emitido pelo fornecedor/parceiro, processo de garantia da qualidade no Serviço de Hemoterapia, entre outras.

Em relação à responsabilidade da Instituição com as pessoas que nela trabalham, pode-se citar o sistema de proteção e monitorização das áreas de medicina

nuclear (radiologia, radioterapia, braquiterapia), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, distribuição de equipamento de proteção individual, cronograma de realização de exames de saúde ocupacional periódicos, programa de ginástica laboral, cursos para funcionárias gestantes, controle biológico da qualidade da água, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, com treinamentos sistemáticos em processos de maiores riscos, existência de capelas de fluxo laminar, campanhas de vacinação (antigripal e outras), grupos de trabalhos desenvolvendo ações para assuntos específicos, como, por exemplo, redução da frequência de acidentes punctórios.

A organização, através dos indicadores assistenciais, monitoriza o impacto de sua atividade junto à sociedade, observando desde o perfil epidemiológico e efetividade de suas práticas, até a discussão e pesquisa de práticas médico-assistenciais que se antecipem às necessidades comunitárias. Exemplo da análise e consideração das exigências da comunidade pediátrica é a viabilização do novo Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), com aumento de 50% de sua capacidade instalada, voltada à assistência de maior complexidade, com o uso de tecnologia de ponta. Esta nova unidade hospitalar entrará em vigor a partir de 13 de junho de 2002 (dia do patrono – Santo Antônio).

A Santa Casa realiza regularmente várias ações de cunho educativo e ao mesmo tempo de interesse da comunidade, citando-se, por exemplo: campanha de prevenção de câncer de próstata, de câncer ginecológico (mama e colo uterino), de pele, de avaliação postural em crianças, cirurgia de catarata, etc.; na área de oncologia, a parceria da Santa Casa com a Liga Feminina de Combate ao Câncer propicia o seu envolvimento em diversas ações de cunho social; existe, atualmente junto ao Hospital Santa Rita, o Grupo de Voluntários, que presta assistência nas áreas de habilidades e criatividade, acompanhamento externo e evangelização.

O Serviço Social, em conjunto com o Banco de Sangue, realiza campanhas sistemáticas de doação de sangue, com caráter informativo e esclarecedor, interagindo neste sentido com os pacientes, familiares e comunidade.

Há também projetos Institucionais de prevenção de abandono de pacientes (adultos e pediátricos) hospitalizados na Instituição, com equipe vinculada ao Juizado de Menores, projetos de atendimento a pacientes alcoolistas, de atendimento a familiares de pacientes aidéticos, abordagem psicossocial de pacientes com neoplasia, campanha anti-tabagismo, existência de Comitê de Direito da Criança e do Adolescente, estímulo ao aleitamento materno, programa de ajuda familiar a pacientes pediátricos oncológicos, serviço de apoio ao idoso e seqüelado, apoio e realização de sepultamentos de indigentes e pobres, entre outros.

A Instituição é o hospital-escola da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre desde a sua fundação e mantém também convênios

para o desenvolvimento técnico-científico na área da saúde com inúmeras instituições, tanto em nível curricular como de pós-graduação; disponibiliza programas de residência médica em várias especialidades e oportuniza campo de estágios, inclusive para estrangeiros.

A realização, pela Santa Casa, de diversos eventos também promove o intercâmbio técnico-científico entre inúmeras instituições da área da saúde, inclusive sobre políticas e métodos de gestão, tais como: Encontro anual de enfermagem pediátrica do HCSA, Curso de terapia nutricional enteral e parenteral, seminários de oftalmologia, de oncologia, Semana de enfermagem da ISCMPA, Programa de combate ao fumo. Estes eventos se destinam ao público interno e externo, trazendo profissionais de referência nacionais e internacionais.

O programa “Plantão Médico”, veiculado pela Instituição diariamente nas principais rádios da Capital, transmite à comunidade informações sobre saúde, atualizadas periodicamente.

O reconhecimento dos trabalhos desenvolvidos pela Instituição, também em nível de gestão, se dá pelos crescentes convites de participação como palestrantes em eventos externos. As solicitações de visitas à Instituição (“Santa Casa Benchmarking”) também são crescentes, tanto para conhecimento e intercâmbio sobre o sistema de gestão, como para visitas técnico-assistenciais e estágios. No HCSA, desde 1997 são desenvolvidas ações de “apoio pedagógico”, com orientadoras pedagógicas voluntárias da comunidade objetivando manter a criança hospitalizada em seu processo de aprendizagem escolar para que por meio de orientações individualizadas a criança não comprometa seu desempenho escolar.

Várias são as formas de **estímulo à participação em ações de interesse comunitário** através do desenvolvimento social e cultural das pessoas na Instituição. A Santa Casa mantém dois coros, um adulto e outro constituído por crianças de sua creche, que contam em seus currículos apresentações em vários eventos internos e externos. Nos finais de ano, todos os ambientes internos e externos são enfeitados e iluminados pelas próprias pessoas para a comemoração do Natal; esta organização culmina com o evento “Santa Casa Brilha”, com a iluminação de sua fachada externa, e com a participação da comunidade nos seus momentos musicais e de queima de fogos de artifício. Para estimular a comemoração do Natal em família, todos os funcionários recebem todos os anos uma cesta de Natal da Instituição.

A Santa Casa mantém um Centro de Treinamento e Recreação, disponível para atividades de desenvolvimento e de lazer de seus funcionários e familiares.

No campo cultural, a organização mantém museu histórico, aberto à visitação pública, e que promove a publicação de livros históricos da mesma, também disponibilizados ao público externo. Na área de seu

Cemitério, é mantido o Panteão Riograndense, onde estão depositados os restos mortais de importantes políticos e autoridades do Estado, local visitado com frequência por estudantes e pelo público em geral.

Através da instalação de estantes em Shopping Centers (Conheça a Santa Casa e Projeto Comunidade e Saúde e o programa “A Escola vai à Santa Casa”), bem como através da participação de seus colaboradores em programas de televisão, também é estimulada a participação das pessoas em ações junto à comunidade, aumentando a interação com a sociedade em geral.

Os funcionários aderem aos programas por identificação com seus propósitos motivacionais e comprometimento com os mesmos permitindo desenvolver seus talentos individuais.

A **promoção do comportamento ético** é preocupação institucional e sua responsabilidade pública transcende os requisitos meramente formais, dada a importância que a mesma empresta aos aspectos éticos. Neste sentido, destaca-se a existência de unidade específica para apoio à pesquisa e o Comitê de Ética em Pesquisa. A Unidade de Apoio à Pesquisa coordena o desenvolvimento de pesquisas realizadas na Casa, cujo objetivo é a identificação de alternativas terapêuticas efetivas para diversas moléstias. Segue rigorosamente critérios e padrões éticos estabelecidos pela Comissão de Ética Institucional, criada em 1970, modernizada e ampliada em 1983. É composta pela Direção Médica e representantes das principais áreas assistenciais. Atualmente há 40 estudos multicêntricos em desenvolvimento, cujo intercâmbio com países da América do Norte e Europa é sistemático.

Como reconhecimento do elevado nível de qualificação do seu trabalho voltado à assistência, apoiado por programas de ensino e pesquisa, tanto por seu desenvolvimento médico como por seu exemplo administrativo, a Instituição tem recebido várias manifestações da comunidade à qual serve, destacando-se, entre elas:

- 1995:** Troféu Destaque Jornal do Comércio; Hospital Amigo da Criança, pelo UNICEF, sendo o primeiro hospital a receber este título no Estado do Rio Grande do Sul; Reconhecimento como Centro de Referência para o Aleitamento Materno
- 1996:** Título de Cidadão de Porto Alegre ao então Diretor Geral da Instituição, conferido pela Câmara de Vereadores
- 1997:** Re-certificação do Hospital Amigo da Criança
- 1998:** Prêmio Jornal do Comércio – Destaque do Ano em Saúde – 1997; Troféu Destaque em Ciência para o chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do PPF; Prêmio Qualidade RS – Troféu Bronze; Troféu Top de Marketing – ADVB/RS; Troféu FUNDATEC de Reconhecimento Empresarial
- 1999:** Prêmio Qualidade RS – Troféu Prata
- 2000:** Prêmio Qualidade RS – Troféu Ouro; Expressiva adesão de empresas e empresários locais aos projetos da Instituição, bem como dos governos Federal e

Estadual

- **2001:** Prêmio Qualidade RS – Troféu Ouro (pela segunda vez); Prêmio Top Ser Humano

Controle de padrões e práticas

Os padrões de trabalho de interação com a sociedade estão estabelecidos a partir do Compromisso Institucional e diretrizes organizacionais, e constam do Gerenciamento da Rotina de todas as UGBs da organização, através de instruções denominadas Procedimento Operacional Padrão (POP). Os padrões de trabalho relativos a campanhas assistenciais, realizadas com o propósito de atender a demandas reprimidas da comunidade, estão organizados pelas áreas de atendimento ambulatorial. Os padrões relativos à atuação externa, junto a entidades de classe e órgãos sociais e governamentais, fazem parte do Gerenciamento da Rotina da Divisão de Relações de Trabalho.

A medição do desempenho das práticas de interação com a sociedade é realizada quando do Gerenciamento da Rotina (análises críticas mensais), no que se refere ao ProGResSo e demais ações desenvolvidas no âmbito interno, pelas UGBs da Instituição, com indicadores ou informações vinculados ao cumprimento dos respectivos padrões estabelecidos. Um exemplo é o controle do número de pessoas beneficiadas em campanhas de prevenção e de participantes em palestras realizadas pelos profissionais da Instituição.

Outros fatos relevantes que são controlados pela Instituição para a sua eficaz interação com a sociedade são o número de sepultamentos gratuitos realizados no Cemitério da Santa Casa, o número de empresas e profissionais participantes do "Santa Casa Benchmarking" e os subsídios econômicos destinados ao SUS.

As principais ações decorrentes do ciclo de controle são implementadas pelas próprias UGBs, quando identificadas as necessidades de ajustes.

Estratégias implantadas e desenvolvidas pela Instituição, buscando maior interação com a Comunidade, podem ser comprovadas e utilizadas pela mesma, como segue:

- 1999 – Site (www.santacasa.org.br) com o serviço Pergunte ao Médico
- 1999 – Recertificação como Hospital Amigo da Criança
- 1999 – Plano de Desenvolvimento Institucional (1999/2003) com projeto específico para a criação de um Centro Histórico-cultural, a ser integrado às atividades culturais do município
- 1999 – Criação do 1º Hospital de Transplantes da América Latina e realocação do Hospital da Criança Santo Antônio

- 2000 – Recebimento do Troféu Destaque do Ano em Saúde concedido pelo Jornal do Comércio, bem como destaque na área de Ciências, conferido a médico do Serviço de Urologia da Santa Casa
- 2000 – Terceira edição do Jogo de Futebol entre as equipes formadas por médicos da Santa Casa e por pacientes transplantados
- 2001 – Posição acumulada dos principais acreditamentos junto ao SIPAC – Sistema Integrado para a Realização de Procedimentos de Alta Complexidade –, do Ministério da Saúde SIPAC Transplantes (rim, fígado, coração, pulmão, pâncreas e medula óssea); SIPAC Cirurgias Cardiovasculares; SIPAC Oncologia; SIPAC Neurocirurgia; SIPAC Traumatologia-ortopedia; SIPAC Oftalmologia; SIPAC Hemoterapia; SIPAC AIDS; SIPAC Videocirurgias
- 2001 – Quarta edição do Jogo de Futebol entre as equipes formadas por médicos da Santa Casa e por pacientes transplantados

b) Aprendizado

Anualmente, no âmbito da Provedoria, da Direção Executiva e do Grupo das Diretrizes, quando ocorre a avaliação do desempenho global da Instituição, também são avaliados os resultados das ações vinculadas a interação com a sociedade, em termos de sua efetividade e dos próprios padrões de trabalho, inclusive com indicadores específicos. A implementação das inovações ou melhorias são promovidas pelo Grupo das Diretrizes na âmbito Corporativo, pelas UGBs no âmbito funcional, e pelos grupos responsáveis pelos projetos ou programas específicos, quando no âmbito interfuncional.

Alguns indicadores utilizados são os números de atendimentos realizados nas campanhas de atendimento gratuito a doenças específicas, tais como campanhas de prevenção do câncer de mama e próstata, cirurgias de glaucoma e catarata, doenças cardíacas, o número de sepultamentos gratuitos realizados, o número de transplantes de órgãos, a efetividade do ProGRESO, o volume de resíduos recicláveis coletado, o número de apresentações externas dos coros, o grau de subsídio ao SUS, entre outros. Como melhorias recentes nos padrões de trabalho pode-se citar a reorganização das campanhas assistenciais, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.

Como exemplos assistenciais de inovação, baseados no aprendizado, a Instituição mantém o Serviço de Ouvidoria, desenvolvido a partir do Núcleo de Apoio do Paciente – NAP, a Revista Santa Casa Notícias como evolução do Boletim Santa Casa e as Emergências Cardiológica, Oftalmológica e de enxaqueca, como estratégias oriundas do Plantão Médico.

INFORMAÇÕES E **C**ONHECIMENTO

4.1 – Gestão das Informações da Organização

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Determinação de necessidades de Informações na organização – Critérios de seleção e métodos de obtenção dessas informações

A concepção do Sistema de Informações Gerenciais está baseada no atendimento das necessidades específicas dos usuários e da Instituição. Estas necessidades são determinadas com base no Planejamento Estratégico e no Gerenciamento pelas Diretrizes com seus desdobramentos. Estes desdobramentos, por sua vez, estão inseridos no contexto funcional das UGBs (ver descrição no item 1.2), no qual consta de forma explícita a missão, clientes, necessidades dos clientes, produtos e serviços e fornecedores.

São considerados critérios de seleção, as informações que atendam as necessidades específicas dos usuários e da Instituição; aderência às estratégias, aos planos de ação e ao mercado; respeito à legislação vigente e padrões institucionais; e garantia dos aspectos de utilidade, disponibilidade, prazo de obtenção e atualização.

Principais Padrões de trabalho para a gestão das informações

As necessidades de informações são definidas por todas as áreas da Instituição: Direção Executiva, Escritório da Qualidade, Grupo das Diretrizes, UGAs e UGBs, com o apoio das áreas gerenciadoras dos indicadores institucionais. O processo de definição de necessidade tem como ponto de partida aquelas informações vinculadas aos produtos/serviços e processos descritos em cada contexto funcional das UGBs, alinhados aos objetivos da Organização. Neste processo, são agregadas informações importantes do mercado, fundamentais à contextualização da Instituição nos meios hospitalar e da Saúde. Na definição das informações, quando da elaboração e aprovação dos contextos funcionais, são observadas as cinco dimensões da qualidade: qualidade intrínseca, entrega, moral, segurança e custo. A revisão das necessidades de informação são realizadas durante a análise crítica mensal no Gerenciamento da Rotina pelas UGBs e, de forma institucional, pelo Grupo das Diretrizes.

A figura 4.1.1 apresenta a tabela com as principais informações utilizadas e suas relações com os principais processos e estratégias.

As informações de desempenho assistencial são extraídas de sistemas informatizados especialistas (Gerenciamento de Consultas, Gestão Hospitalar, Sistema de Controle Laboratorial, Gerenciamento de SADTs, Sistema de Banco de Sangue, Gestão Clínica, Sistema de Transplantes e Gerenciamento de Rx), sintetizadas em planilhas eletrônicas e disponibilizadas na Intranet, com periodicidade diária e/ou mensal.

As informações do Sistema de Recursos Humanos (Força de Trabalho) são extraídas do sistema de Recursos Humanos e divulgados em relatórios impressos ou através de correio eletrônico, mensalmente.

Os dados de pesquisa de opinião dos clientes de todos os segmentos e dos colaboradores são consolidados no Departamento de Marketing e publicados na Intranet em períodos mensais (opinião dos clientes) ou anuais (colaboradores, médicos e convênios).

Os dados econômico-financeiros, de administração de materiais e o planejamento orçamentário departamentalizado são geridos e disponibilizados pelo sistema ERP, em tempo real. Os detalhes sobre o comportamento do faturamento dos serviços são obtidos por intermédio dos sistemas especialistas Sis-fat/Convênios e Privados e FatSUS, disponibilizados em relatórios impressos e Intranet, com atualização diária e/ou mensal.

A análise de suficiência e adequação de informações ocorre em períodos de quatro anos, por ocasião do Planejamento Estratégico, com revisões anuais no primeiro trimestre em função das definições das diretrizes anuais. Quanto aos indicadores de UGAs e UGBs, existe a flexibilidade em inserir, retirar e alterar indicadores a partir das avaliações mensais dos mesmos, negociados com o Escritório da Qualidade.

Cita-se como evidência de solidez do sistema de informações da Instituição, solicitações periódicas do Ministério da Saúde de dados assistenciais e econômicos dos serviços prestados aos pacientes da Santa Casa, tanto em âmbito hospitalar como ambulatorial, que são utilizados para a melhoria dos sistemas daquele Ministério.

Disponibilização das informações a todas as pessoas da força de trabalho

As informações são disponibilizadas para todas as pessoas da força de trabalho como ferramenta à tomada de decisão em todos os níveis funcionais e são disseminadas em todas as áreas e níveis hierárquicos (aplicáveis para toda a organização, ou seja, todos os hospitais do complexo, SADTs, Apoio Operacional, Apoio Administrativo e áreas específicas) contando com a participação ativa da Direção Executiva.

Todas as informações, sempre que pertinente, são apresentadas obedecendo a estrutura orgânico-funcional da Instituição.

Os meios de disponibilização de informação dentro da Instituição são:

Mídia Impressa: é formada pelos Murais de Gestão à Vista, Revista Santa Casa, Relatório Anual, Revista Médica e outras publicações setoriais. Nestes meios são publicadas diversas informações de interesse institucional com foco principal na disseminação das realizações.

Mídia Eletrônica: é composta pelos relatórios e consultas dos sistemas informatizados especialistas, relatórios e consultas das informações consolidadas no sistema ERP, Intranet e Correio Eletrônico. Através dos quais é feito o acompanhamento diário, em rede interna de computadores, dos indicadores de produção e de desempenho assistencial relacionados com o Gerenciamento pelas Diretrizes. Diariamente via Intranet estão disponíveis informações atualizadas de números de internações, número de consultas, taxa de ocupação das unidades e outras, que confrontadas pelos gerentes com suas respectivas metas diárias, permitem a adoção imediata de medidas corretivas, quando necessário.

Mídia Eventos: é contemplada pelo Seminário de Gerenciamento da Rotina – onde o resultado dos principais indicadores institucionais são comentados pela Direção Executiva para mais de 200 líderes de processos; Dia do Benchmarking Concedido - onde são recebidos membros de outras instituições para apresentação dos serviços e práticas do Sistema de Gestão; Reunião Mensal do grupo das Diretrizes - onde sistematicamente são analisados e interpretados os resultados assistenciais e econômico-financeiros; Eventos Científicos e Culturais - onde são demonstrados resultados de trabalhos científicos desenvolvidos na Instituição em todas as áreas de atuação do Complexo Hospitalar Santa Casa, incluindo eventos culturais; Reuniões Sistemáticas de UGAs e UGBs - onde são avaliados os indicadores como prática do Gerenciamento da Rotina.

As informações consolidadas são de responsabilidade da DivFin, Marketing, DIRT e DARM. As informações de ordem Assistencial e Apoio Técnico são da responsabilidade de cada UGB geradora da informação. A periodicidade de atualização de todas as informações é diária, semanal, mensal ou anual, sempre de acordo com a necessidade dos usuários e característica do indicador.

A utilização intensiva de sistemas informatizados, de contratos formais internos (índices de controle e metas) e ferramentas de segurança asseguram que todas as informações geradas e disponibilizadas na Organização sejam íntegras e atualizadas. Nestes processos, destacam-se os seguintes padrões de trabalho:

- Eliminação de etapas intermediárias entre o fato gerador dos dados e a utilização final da informação, cujos responsáveis dentro dos aspectos legais da Assistência são a Comissão de Ética, Departamento Jurídico, CEDOP e Direção Médica, nos aspectos operacionais são os Administradores de Sistemas e usuários-chave e nos aspectos tecnológicos são as áreas de TI - Tecnologia de Informação.
- Uso intensivo de ferramentas de tecnologia de informação e automação, com geração das informações como resultado da execução do processo através da definição de índices de controles e metas nos contextos

funcionais que satisfaçam as necessidades dos clientes na dimensão entrega. Todos eles sob responsabilidade dos administradores dos sistemas e usuários-chave.

A integração das principais informações com os macro-processos adotados é apresentada na figura 4.1.1 (ao final do critério).

Para garantir a confidencialidade do sistema de informação da Instituição foram implementadas integrações entre sistemas especialistas, políticas de segurança através de senhas e níveis de autorização para as operações nos sistemas, criação de perfis de usuários, rastreamento de acessos e operações nos sistemas. A confidencialidade das informações também é garantida pela participação da Direção na autorização de acesso às informações críticas, pelo uso de tecnologias de proteção de acesso indevido aos sistemas (sistemas computadorizados de bloqueio de acesso – *firewalls*) e pela atenção à legislação nas autorizações de acesso às informações clínicas.

Para assegurar a efetividade dos aspectos de integridade, atualização e confidencialidade a Santa Casa dispõe de tecnologias baseadas em *hardware* e *software* especialistas que garantem em tempo integral a alta disponibilidade de informações, tais como a distribuição de sistemas em vários servidores, infovias com rotas alternativas, redundância de equipamentos, sistemas de backup e antivírus corporativo.

Controle dos Padrões de Trabalho, Implementação de Correções e Principais Indicadores de Controle

O atendimento das necessidades de informação em todos seus aspectos é controlado nas UGBs, no nível operacional e gerencial, através de itens específicos na Pesquisa de Opinião Anual (Colaboradores, Gerentes e Intersetorial). A Auditoria Externa Independente e as Auditorias dos Órgãos Públicos verificam se as informações existentes permitem que se cumpram os requisitos legais e internos.

Também na Pesquisa Anual é verificada a qualidade do processo de disponibilização de informações para o nível gerencial e operacional. Todas as UGBs possuem Itens de Controle específicos para medir o processo de disponibilização de informações e controlam a satisfação de seus clientes em relação às informações disponibilizadas, através de Pesquisa Intersetorial.

A implementação de correções é realizada de forma sistemática, através do Gerenciamento da Rotina, por todas as UGBs, conforme as características de frequência de cada indicador, onde os resultados indesejados são tratados, gerando planos de ação para a solução corretiva. Como parâmetro de verificação são utilizados, dentre outros, os seguintes indicadores:

- Pesquisa Anual de Colaboradores e Gerentes
- Relatórios das Auditorias Externas
- Itens de controle mensais específicos nos RAAICM das UGBs e UGAs
- Pesquisa Intersetorial
- IC mensal Taxa de Disponibilidade dos Sistemas

de Informática

- Relatório de Vulnerabilidade contra Acessos Externos na Rede

b) Aprendizado

A avaliação dos padrões de trabalho e das práticas de gestão é realizada através da medição do grau de satisfação dos usuários pelas Pesquisas de Opinião (Intersetorial, Colaboradores e Gerentes); da análise dos Relatórios de Avaliação das Auditorias Externas; da avaliação da Comissão de Mesários e da Mesa Administrativa da Instituição; das avaliações sistemáticas durante a prática do Gerenciamento da Rotina; da discussão de melhorias dentro do Grupo das Diretrizes; do processo “Fale com o Diretor”, onde os colaboradores têm a oportunidade de sugerir inovações; do programa “Dê uma Idéia Criativa”, para incentivar o processo de inovação na Instituição; dos grupos formados por equipes multidisciplinares, para identificar possibilidades de melhoria e inovações; da participação em processos externos de avaliação de gestão como PGQP, PNQ, TOP de Marketing e Top Ser Humano.

A avaliação tem como responsáveis a Direção Executiva, o Grupo das Diretrizes, a Mesa Administrativa, as UGBs e UGAs e ocorre sempre que necessário. É aplicável a toda Instituição, disseminando-se através de todas Áreas e Serviços, ocorrendo formalmente desde 1997 quando da implantação do Gerenciamento da Rotina.

Os principais indicadores de desempenho de avaliação são:

- Grau de Satisfação nas Pesquisas de Opinião em relação às Informações
- Parecer “Sem Ressalvas” dos Relatórios das Auditorias e da Comissão de Mesários
- Atas de Reuniões do Grupo das Diretrizes.

A implementação de inovações e melhorias, identificadas no processo de avaliação das práticas de

gestão e respectivos padrões de trabalho, acontece através das etapas de identificação das possibilidades de melhoria; de elaboração do Projeto de Execução da Melhoria; de Análise de Viabilidade (Custo / Benefício); da aprovação da Melhoria; de Homologação do Novo Processo; de Implantação do Novo Processo e, finalmente, de Registro dos Novos Padrões de Trabalho.

Os responsáveis por estas implementações são a Direção Executiva, o Grupo das Diretrizes, a Mesa Administrativa, as UGBs e UGAs, acontecendo sempre que necessário. É aplicável a toda Instituição, disseminando-se em todas Áreas e Serviços, ocorrendo formalmente desde 1997, quando da aplicação do Gerenciamento da Rotina.

São exemplos de inovações e melhorias:

- melhorias na infra-estrutura dos serviços da rede interna de computadores - destacando-se a instalação de novo *firewall*, servidor de e-mail e monitoramento antivírus.
- implantação do novo Sistema de Gestão Clínica que possibilita uma maior integração entre as diversas áreas da Instituição, assim como melhoria no processo clínico do Corpo Médico, de Enfermagem e Serviços de Apoio, disponibilizando informações clínicas atuais e históricas dos pacientes
- implementação de novo Sistema de Gestão Hospitalar contemplando melhoria nos processos de Admissão, Registro, Controle de Leitos, Centro Cirúrgico e Estatística
- implantação de Sistema de Consultas de Laudo de Exames pela Internet, visando melhorar o canal de relacionamento e interação com o cliente médico e aumentar a velocidade do processo
- gestão inovadora de informações no âmbito hospitalar do mercado de Saúde, através da utilização de um sistema ERP como base das informações administrativo-financeiras e consolidador das informações de produção.

4.2 – Gestão das Informações Comparativas

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Identificação das necessidades de Informações Comparativas; Determinação das Prioritárias; Principais Informações Comparativas e suas relações com os principais processos e estratégias

Para a identificação das necessidades de informações comparativas, as UGBs, UGAs, Direção Executiva, Escritório da Qualidade, Grupo das Diretrizes e Áreas Gerenciadoras dos Indicadores analisam o Planejamento Estratégico, as Diretrizes Institucionais e os Contextos Funcionais, a fim de determinar quais são as necessidades de informações comparativas da Instituição, com vistas à consecução das metas traçadas. Este processo é realizado através dos encontros destes grupos para discussão e análise crítica quando da definição das Diretrizes Anuais e Planejamento Estratégico.

Após este processo é realizada a determinação das informações prioritárias. Isto se faz através da escolha dos indicadores pertinentes aos principais produtos, serviços e processos. Em seguida, é verificada a adequação destes indicadores aos padrões de mercado e à legislação vigente. Por fim, os indicadores selecionados são levados à aprovação das áreas de gerenciamento de cada indicador, UGAs e UGBs.

Este padrão realiza-se a cada quatro anos, com revisões anuais, no 1º trimestre, quando das definições das Diretrizes Anuais e aplica-se em toda a Organização, representada pelos grupos supra citados.

A cronologia abaixo demonstra a continuidade das práticas de utilização de informações comparativas na Instituição:

1988 Uso de informações comparativas relacionadas a resultados econômicos (custos e receitas) corporativos, através da comparação de dados extraídos das demonstrações contábeis de diferentes hospitais

1989 Incorporação de informações comparativas sobre a assistência médico-hospitalar (permanência por especialidade e procedimentos, níveis de normalidade em SADTs, etc.) nos sistemas informatizados

1996 Primeiro ano de participação no sistema de avaliação do PGQP Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, com o início de sistematização para gestão de informações comparativas, com frequência mínima semestral

1996 Obtenção de acesso ao banco de dados do Ministério da Saúde para consulta sistemática a informações assistenciais e econômicas. Acesso inicial através da Rempac e posteriormente através da Internet (www.datasus.gov.br)

1997 Ciclo de Planejamento Estratégico e Gerenciamento pelas Diretrizes, com planos corporativos e setoriais, e respectivas metas, estabelecidos após observados os referenciais pertinentes

1998 Participação na constituição de grupo de hospitais para a implantação do SIPAGEH

2000 Definição do Hospital São Lucas da PUCRS como sendo o referencial adequado de grande parte dos indicadores comparativos e negociação com aquele hospital para o intercâmbio sistemático de informações

2001 Maior intercâmbio de informações comparativas para as áreas de SADTs; Intensificação do uso de informações comparativas no Planejamento Estratégico, Gerenciamento pelas Diretrizes e Gerenciamento da Rotina

Identificação dos referenciais comparativos e Critérios para definição de pertinência das informações comparativas

Sob responsabilidade das UGAs e suas UGBs, Direção Executiva, Escritório da Qualidade, Grupo das Diretrizes e áreas gerenciadoras dos indicadores, são identificados os referenciais comparativos através das etapas de seleção dos quesitos fundamentais para identificação de referenciais adequados; da seleção através de critérios de entidades e instituições potencialmente referenciais; da elaboração da Matriz de Referencial Adequado (ver figura 4.2.2, ao final do critério) e identificação dos referenciais adequados, baseado no resultado desta Matriz.

Dentre os critérios de seleção das organizações potencialmente referenciais, destacam-se a capacidade de disponibilizar as informações com qualidade e prazo adequados, possuir mesmo perfil empresarial, participar do mesmo grupo estratégico, possuir semelhante

complexidade de atendimento (Alta Especialização) / Resolutividade e ser referencial de mercado.

A definição de pertinência das informações comparativas é estabelecida observando a aderência ao Planejamento Estratégico e às Diretrizes Institucionais, a utilização das informações pelo mercado, de possibilidade de aferição do desempenho dos principais processos da Organização, a simplicidade do processo de coleta dos dados (disponibilidade e atualização) e a confiabilidade das informações.

A definição de pertinência das informações comparativas respeita, ainda, a particularidade de cada indicador. Dentre os indicadores com pertinência específica, destacam-se os indicadores relativos à Força de Trabalho e Controle de Infecção Hospitalar. Como referencial dos indicadores de RH, por exemplo, é considerada a média representativa dos quatro hospitais de maior reconhecimento do mercado, visto que a diversidade e complexidade das atividades da Santa Casa não possuem similaridade em um único hospital. Os indicadores do Controle de Infecção Hospitalar, por sua vez, não possuem referencial em uma organização específica, mas em um estudo técnico conduzido nos Estados Unidos.

Métodos de obtenção das informações e aspectos da preservação da informação comparativa

Esta prática está relacionada ao objetivo organizacional de obter informações comparativas de Instituições, que venham ao encontro dos interesses para a promoção de melhorias – base para o alcance da visão de futuro – considerando os aspectos da preservação das informações comparativas (integridade, atualização, confidencialidade e disponibilidade). Os principais meios de obtenção de informações comparativas são:

Participação em processos de ranking de publicações especializadas

Extração de informações em publicações especializadas

Extração de informações em órgãos e entidades públicas, governamentais ou internacionais, exemplos: DataSUS, OMS, IBGE

Utilização do sistema de benchmarking interno

Participação no grupo dos indicadores de Controle de Infecção

Hospitalar denominado SIPAGEH Sistema de Informações

Padronizadas para Gestão em Saúde

Figura 4.2.2

MATRIZ DE SELEÇÃO DO REFERENCIAL ADEQUADO								
	HOSPITAL	Santa Casa Porto Alegre	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Hospital F
Q U E S I T O S	Hospital Filantrópico	1				1	1	1
	Hospital Privado	1			1	1	1	1
	Sistema de Gestão QT	1	1	1	1	1	1	1
	Atende SUS	1	1	1			1	1
	Atende Convênios	1	1		1	1	1	1
	Hospital Geral	1	1	1	1	1	1	
	Hospital Universitário	1	1	1			1	1
	Hospital de Alta Complexidade	1	1	1	1	1	1	1
	Apresenta mais de 500 leitos	1	1	1			1	
	Mesmo mercado de atuação	1	1	1	1	1	1	
	Regime de RH - CLT	1			1	1	1	1
	PONTUAÇÃO FINAL	11	8	7	7	8	11	8
Critério de seleção: quanto mais próxima a pontuação final em relação à Santa Casa, mais adequado será o referencial								

A obtenção de informações comparativas é de responsabilidade das áreas gerenciadoras dos indicadores (Controladoria, Marketing, DIRT, CEDOP e DARM) com frequência de coleta determinada pela sistemática de análise crítica da Instituição e da disponibilização da fonte externa de informação, variando de mensal a anual.

Os aspectos da preservação da informação - integridade, atualização, confidencialidade e disponibilidade - estão ligados a práticas operacionais como à exigência de termos de compromisso formais nas participações em grupos de intercâmbio de informações; à exigência de certificação dos sites consultados na Internet; à utilização de publicações reconhecidas no mercado e que possuam credibilidade nacional ou mundial e à classificação das informações obtidas sob o aspecto de confidencialidade, garantindo a disponibilização das informações somente para os usuários autorizados.

Utilização das informações comparativas e exemplos recentes de inovações ou melhorias

Sob responsabilidade das áreas gerenciadoras dos indicadores o processo de utilização das informações comparativas contempla as etapas de disponibilização interna através de e-mail e Intranet para os usuários autorizados, respeitando o grau de confidencialidade estabelecido; de disponibilização das publicações nas áreas gerenciadoras dos indicadores comparativos; da análise das informações comparativas durante a prática do Gerenciamento da Rotina ou corporativamente durante o Gerenciamento das Diretrizes e o Planejamento Estratégico; e da utilização das informações comparativas como referencial para o estabelecimento de metas.

A utilização das informações comparativas acontece formalmente desde 1997, em todas UGBs e UGAs, e está inserida nos processos de análise crítica do Gerenciamento da Rotina, Gerenciamento das Diretrizes e Planejamento Estratégico.

Exemplos recentes de inovações pela prática de utilização de informações comparativas:

- Reconhecimento do sistema de gestão através da premiação máxima consecutiva no PGQP Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
- Redução da Taxa de Absenteísmo
- Implantação do sistema ERP
- Intensificação da utilização da Internet, Intranet e Correio Eletrônico como meio de comunicação empresarial
- Evolução do Indicador de Horas de Treinamento
- Redução da Média de Permanência do Hospital Santa Rita
- Redução do Prazo de Entrega de Exames

Controle dos Padrões de Trabalho, Implementação de Correções e Principais Indicadores de Controle

O controle dos padrões de trabalho relativos à Gestão das Informações Comparativas é realizado pelas áreas gerenciadoras de cada indicador

comparativo, através da definição e acompanhamento de itens de verificação inseridos no Gerenciamento da Rotina, contemplando o envio e recebimentos dos dados de forma externa, bem como a disponibilização destes dados no âmbito interno.

De forma sistemática, no Gerenciamento da Rotina, as áreas gerenciadoras de cada informação comparativa analisam os resultados indesejados e elaboram planos de ação para a solução corretiva.

Principais indicadores de controle:

- Taxa de cumprimento dos prazos de devolução dos questionários das publicações especializadas
- Taxa de cumprimento dos prazos de envio e coleta dos indicadores referentes ao SIPAGEH
- Taxa de cumprimento dos prazos de envio e coleta dos indicadores referentes à Instituição referencial
- Análise da estatística de acesso a sites de informações externas

b) Aprendizado

Os principais processos de avaliação das práticas de gestão e dos padrões de trabalho adotados para a Gestão das Informações Comparativas são:

Medição do grau de satisfação dos usuários através das Pesquisas de Opinião (Interseletorial, Colaboradores e Gerentes), onde são registradas e avaliadas as opiniões dos usuários em relação às informações comparativas

Análise dos relatórios de avaliação das Auditorias Externas, onde são identificadas e avaliadas as sugestões apresentadas pelos auditores

Avaliação da Comissão de Mesários e da Mesa Administrativa, onde é realizada a análise crítica das informações comparativas disponíveis

Avaliação sistemática durante a prática do Gerenciamento da Rotina, onde as UGBs avaliam a qualidade e pertinência das informações comparativas

Discussão de melhorias do Grupo das Diretrizes, onde também é realizada a análise crítica das informações comparativas

Processo "Fale com o Diretor", onde os colaboradores têm a liberdade de sugerir inovações

Programa "Dê uma idéia criativa", para incentivar a participação inovadora na Instituição

Grupos formados por equipes multidisciplinares, para identificar possibilidades de melhorias e inovação

Principais indicadores de desempenho utilizados para a avaliação:

Grau de Satisfação das Pesquisas de Opinião dos clientes/usuários

Sugestões inseridas nas Pesquisas de Opinião dos clientes/usuários

Sugestões inseridas nos Relatórios de Auditoria Externa.

Atas de reuniões do Grupo das Diretrizes

Sugestões inseridas nos Relatórios de Avaliação de examinadores externos da Gestão, como PGQP e PNQ

A implementação de inovações e melhorias, identificadas no processo de avaliação das práticas de gestão e respectivos padrões de trabalho, acontece através das etapas de identificação das possibilidades

de melhoria; de elaboração do Projeto de Execução da Melhoria; de Análise de Viabilidade (Custo / Benefício); da aprovação da Melhoria; de Homologação do Novo Processo; de Implantação do Novo Processo e, finalmente, de Registro dos Novos Padrões de Trabalho.

Os responsáveis por estas implementações são a Direção Executiva, o Grupo das Diretrizes, a Mesa Administrativa, as UGBs e UGAs, acontecendo sempre que necessário. É aplicável a toda Instituição, disseminando-se em todas Áreas e Serviços, ocorrendo formalmente desde 1997, quando da aplicação do Gerenciamento da Rotina.

Exemplos recentes de inovações na Gestão de Informação Comparativas:

Criação da Matriz do Referencial Adequado em 2000
Introdução das Informações Comparativas nos sites departamentais na Intranet das áreas gerenciadoras das informações comparativas em 2000
Evolução do Demonstrativo de Análise Econômica (orçado x realizado), possibilitando o benchmarking interno entre as áreas em 2000
Criação da Matriz de Seleção das Principais Informações Comparativas em 2001
Melhoria do site do SIPAGEH, através da adição de mais indicadores, inovações visuais, maior segurança e adição de links de interesse em 2001
Ampliação do acesso às informações comparativas através da manutenção de páginas de índice na Intranet com links de interesse externos na Internet 2001

4.3 – Gestão do Capital Intelectual

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Identificação e desenvolvimento

O capital intelectual é identificado na Instituição durante o constante monitoramento das atividades e melhorias alcançadas pelo seu corpo funcional. Esta avaliação é realizada nas UGBs pelas gerências durante a Avaliação de Desempenho semestral de seus funcionários e, de forma global, pelo Grupo das Diretrizes que o identifica, analisando os resultados das áreas, os sucessos alcançados que agregaram valor e conhecimento.

O Grupo das Diretrizes identifica oportunidades e ameaças no mercado que são consideradas na análise e formulação do planejamento estratégico e acompanhadas, mensalmente, pelo próprio Grupo. A partir das informações coletadas é realizada a análise crítica, verificando-se as tendências epidemiológicas regionais (morbi-mortalidade), o acervo e tendências de tecnologia e a equipe de especialistas da Instituição, visando à avaliação dos pontos fortes e fracos para viabilização de novos projetos, bem como à melhoria dos processos existentes.

Este processo tem como objetivo o incentivo ao desenvolvimento de inovações e a promoção do capital intelectual na Instituição.

A organização também identifica e desenvolve o capital intelectual através de outras ações específicas como, por exemplo, a criação da UGB UAP – Unidade de Apoio à Pesquisa – em 1998. A UAP tem como missão incentivar e assessorar a realização da pesquisa na área da Saúde e, assim, contribuir para o aprimoramento da assistência na Instituição. Objetivando o crescimento contínuo, médico, técnico, científico e assistencial da Instituição, a UAP mantém uma parceria com a FFFCMPA e com a UGB UAPPG – Unidade de Apoio a Programas de Pós-Graduação. A UAPPG tem como missão garantir os meios necessários para estruturação e o desenvolvimento de programas da área da saúde em nível de pós-graduação aos profissionais legalmente habilitados.

Como finalidades principais da UAPPG destacam-se: possibilitar a realização de pesquisas experimentais na Instituição, servindo de suporte e interagindo com os cursos de pós-graduação; fortalecer as linhas de pesquisas clínicas já existentes.

Na área de enfermagem também é identificado e desenvolvido o Capital Intelectual continuamente pelo GICENF – Grupo de Interesse Científico em Enfermagem – cuja missão é fornecer e proporcionar conhecimentos técnicos, científicos e culturais que visam a atualização e o aperfeiçoamento humanizado do processo assistencial. O GICENF identifica e desenvolve o Capital Intelectual, promovendo encontros científicos periódicos, estimulando e apoiando a realização de eventos, pesquisas e trabalhos científicos, favorecendo o intercâmbio com outras instituições e orientando a atualização do acervo bibliográfico.

Em apoio às unidades específicas de desenvolvimento do Ensino e Pesquisa, a Instituição disponibiliza suas estruturas físicas e pessoal técnico altamente especializado e oferece suporte na disseminação dos conhecimentos, tanto para o público interno quanto externo.

A Instituição considera a capacidade de seu corpo funcional seu maior patrimônio, demonstrado pela diretriz Gestão de Pessoas – Capacitação e Aperfeiçoamento, no desdobramento anual do Planejamento Estratégico. Esta diretriz visa a identificação, promoção e proteção das tecnologias desenvolvidas e utilizadas na Instituição. Desta forma, a Santa Casa considera como valores fundamentais de seu Capital Intelectual, as capacidades de seus colaboradores e os avanços tecnológicos de seus processos. A comprovação desta prática está no fato da Santa Casa ser a única Instituição na América Latina que realiza todos os tipos de transplantes de órgãos - atividade médica extremamente complexa – sendo pioneira em diversas técnicas.

O constante incentivo à evolução destes

componentes de Capital Intelectual – habilidades de seus colaboradores e tecnologia de seus processos - resulta no enriquecimento do valor dos produtos e serviços da Santa Casa, inserida em um ambiente de mercado onde os principais diferenciais competitivos são o saber e a tecnologia.

Os principais padrões de trabalho relativos ao desenvolvimento do Capital Intelectual estão estabelecidos nas Diretrizes Institucionais e no Gerenciamento da Rotina das UGBs já citadas (Unidade de Apoio à Pesquisa, Unidade de Apoio aos Programas de Pós-Graduação, áreas de pessoas, entre outras). Na Unidade de Apoio à Pesquisa concentra-se um grupo de especialistas em pesquisas nas áreas de Epidemiologia, Bioestatística, Informática e Enfermagem que através de consultorias, promovem a orientação nas diferentes etapas do processo de pesquisa a todos os profissionais da Instituição. A Unidade de Apoio à Pesquisa também disponibiliza local especial contemplado por recursos materiais que dão condições técnicas a todos os que desejam realizar Pesquisa.

Os profissionais da Unidade de Apoio à Pesquisa, bem como sua infra-estrutura, estão disponíveis diariamente para fornecer consultorias para a utilização de metodologia adequada na elaboração do projeto de pesquisa que, posteriormente, será encaminhado para aprovação do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa. O CEP é formado por um grupo de profissionais de diversas áreas (enfermagem, médica, jurídica, engenharia, serviço social, apoio administrativo e representantes indicados pela FFFCMPA), tem o objetivo de analisar todos os projetos de pesquisa desenvolvidos na Instituição, de acordo com as normas e regulamentações do CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Também desenvolve a função de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, dentro de padrões éticos. Os quatro princípios éticos básicos que norteiam o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. O CEP avalia projetos de dissertação de mestrado e doutorado, conclusão de graduação de todas as especialidades, pesquisas multicêntricas nacionais e internacionais, pesquisas de novas drogas e ou novos tratamentos de todas as áreas. Toda pesquisa, após a sua conclusão, inclusive com a sua publicação, fica arquivada por um período de cinco anos no CEP.

A UAPPG executa suas atividades em consonância com as exigências e os critérios estabelecidos pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e pela CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, órgão vinculado ao Ministério da Educação. O grau de aplicação destas práticas de gestão pode ser evidenciado nas UGBs assistenciais, através dos rounds – círculos de discussões da evolução do tratamento médico, nos eventos de capacitação técnico-científica, na introdução de novas tecnologias médico-técnicas (procedimentos pioneiros ou de alta

complexidade), nos sistemas de informática e automação, nos sistemas de diagnóstico e tratamento, bem como na consolidação da imagem da Instituição como referência nacional e internacional em diversas áreas da medicina e como referência nacional na aplicação de métodos de gestão.

Manutenção e proteção do Capital Intelectual

A Instituição busca a fixação de seu Capital Intelectual através de apoio e estímulos aos profissionais, proporcionando suas participações em eventos científicos nacionais e internacionais, tanto como forma de desenvolvimento quanto para divulgar resultados de seus trabalhos. Internamente, são proporcionadas condições de desenvolver as habilidades de seus colaboradores em ambientes e condições apropriadas que estão disponíveis para todos os profissionais.

Destacam-se:

Laboratório de Análises Clínicas e IPD
Centro de Ensino do Hospital de Transplantes
Salas de Treinamento Informatizadas
8 Anfiteatros e diversas Salas de Ensino
Espaço de Pesquisa no CEDOP
Biblioteca, com 1.079 volumes e a assinatura de 167 periódicos especializados internacionais, contando também com Espaço de Auto-Serviço Informatizado de Consultas.

A instituição estimula seus colaboradores ao pensamento criativo e inovador, proporcionando a participação em Workshops, Seminários, Congressos, Benchmarkings e outros tipos de eventos externos e também trazendo palestrantes externos com temáticas abordando o desenvolvimento do pensamento criativo. O pensamento criativo também é estimulado pela participação nas reuniões sistemáticas das UGBs sobre Gerenciamento da Rotina que acontece mensalmente, oportunizando a participação de todas as categorias de profissionais no conhecimento de resultados, na análise crítica e na solução de problemas.

O Capital Intelectual da Instituição é protegido através da divulgação das inovações em publicações e eventos científicos, garantindo a aceitação e o reconhecimento destas descobertas por parte da comunidade científica e assegurando ao profissional e à Instituição o crédito pelo seu desenvolvimento. Ressaltamos que, diferentemente de outras áreas de negócio, onde a proteção é garantida pela confidencialidade do Capital Intelectual (registro de marcas e patentes, por exemplo), as entidades de ensino e pesquisa na Saúde necessitam divulgar suas novas práticas e descobertas para que aconteça a aprovação do meio médico-científico.

A divulgação das inovações para o público interno é uma rotina complementar de proteção, pois garante a continuidade do conhecimento adquirido através da disseminação das novas práticas.

A proteção do Capital Intelectual também acontece pela política de fixação das pessoas e pelo apoio que a Instituição realiza aos profissionais, oferecendo melhores condições de trabalho e estímulo ao desenvolvimento (descritos nos itens 5.2 e 5.3).

Compartilhamento de conhecimentos e tecnologias

Neste processo, são utilizados diversos meios como:

Laboratório de Análises Clínicas e IPDInternet e Intranet, onde são divulgados resultados de trabalhos científicos de profissionais que atuam na Instituição, eventos científicos que ocorrem interna e externamente e o Diário Santa Casa, onde são registrados os fatos decorrentes de melhorias implantadas

Revista Santa Casa Notícias, onde todas as informações referentes ao desenvolvimento do Capital Intelectual são divulgadas, como as apresentações de trabalhos de defesa de teses de Mestrado, Doutorado e de cursos de aperfeiçoamentos, além das participações de eventos no Brasil e no Exterior, reportagens referentes a aquisição de novas tecnologias, bem como o impacto destas nas atividades diárias dos profissionais da casa

Seminários do Gerenciamento da Rotina, onde são repassadas informações relevantes em termos de conhecimento do quadro funcional, com palestras de profissionais contratados, enfocando temas de diferentes áreas do conhecimento humano

Murais na Instituição, onde ficam expostas informações médicas tais como, técnicas novas desenvolvidas por profissionais médicos e informações institucionais que servem a outros especialistas da casa, no campo da administração, enfermagem, fisioterapia e outras

Cursos de treinamento ministrado por profissionais internos para multiplicação do conhecimento desenvolvido ou adquirido e aperfeiçoado internamente na Instituição

Exposições de material referente a área de Educação Patrimonial da Santa Casa, exposições fotográficas e de documentos que informam aos profissionais da casa dados referentes a História da Instituição, divulgando o acervo cultural do Centro Histórico da Santa Casa

Campanhas e Palestras educativas proferidas por e para profissionais da Casa para público interno e da comunidade, incluindo a aplicação do conhecimento agregado aplicado na prática da atividade assistencial e a transferência de conhecimento adquirido na participação em cursos ou eventos externos patrocinados pela Instituição

Telemedicina, onde são divulgadas novas técnicas especializadas através de vídeo-conferência

Disseminação do conhecimento através do ensino de novas práticas nas entidades parceiras como FFFCMPA e UFRGS

Programa de Educação Continuada, qualificando de forma constante o corpo funcional de Enfermagem, atualizando e alinhando o conhecimento em novas práticas através de ciclos de palestras e treinamentos específicos

Controle dos Padrões de Trabalho, Implementação de Correções e Principais Indicadores de Controle

No ciclo do Gerenciamento da Rotina é realizada a avaliação do resultado dos indicadores ligados ao controle da Gestão do Capital Intelectual onde, após a análise crítica e a identificação de resultados indesejados, são desencadeados os planos de ação de correção. Destacam-se abaixo os principais indicadores de cada aspecto da Gestão do Capital Intelectual:

Controle da Identificação e Desenvolvimento da Gestão Intelectual

A Unidade de Apoio à Pesquisa controla o seu

processo através do número de consultorias prestadas nas diferentes áreas: epidemiologia e bioestatística, enfermagem e informática, além do número de pesquisas desenvolvidas em diferentes especialidades controlado pelo CEP.

Está padronizado que todos os projetos de pesquisa deverão passar por uma reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa, que se reúne mensalmente, para serem aprovados e posteriormente publicados. A Instituição utiliza como indicador o número de transplantes realizados e todos indicadores de produção das áreas enfocadas. Outro indicador é o número de consultorias em epidemiologia, bioestatística, enfermagem e informática prestadas pela Unidade de Apoio à Pesquisa. O número de projetos de pesquisa avaliados por ano pelo CEP, assim como a classificação de pesquisas por especialidades são indicadores que permitem medir o desempenho das práticas de gestão. Há também o controle do número de trabalhos e seminários científicos realizados pela enfermagem junto aos segmentos dos GICENF.

Controle da Manutenção e Proteção da Gestão Intelectual

A disponibilização dos ambientes e recursos para os colaboradores da Instituição é mensurada por um conjunto de indicadores quantitativos que determina o seu grau de utilização. Tais como, a Taxa de Utilização de Livros e Periódicos, Taxa de Pesquisas Médicas, Número de Pesquisadores no Acervo Histórico.

A participação em eventos internos e externos é aferida por indicadores quantitativos que medem o número de participantes e o número de eventos e também por indicadores qualitativos que avaliam a reação dos participantes de cada evento. Além disso, há indicadores orçamentários que regulam a participação em eventos externos.

A produção científica é acompanhada por um instrumento de coleta de dados junto às equipes de pesquisa, com o intuito de assegurar o crédito da Instituição na divulgação de trabalhos.

Da mesma forma o acompanhamento do *turn-over* e do grau de satisfação dos colaboradores é realizado para medir a fixação das pessoas e, por conseguinte, a manutenção do Capital Intelectual Humano na Instituição.

Controle do Compartilhamento do Conhecimento e Tecnologias

Os diversos meios de compartilhamento do Capital Intelectual possuem indicadores próprios específicos para o seu controle. Dentre eles, destacam-se: Taxa de Acesso ao Site da Santa Casa. Taxa de Participação em Treinamentos, Número de Visitantes às Exposições da Educação Patrimonial, entre outros.

b) Aprendizado

A avaliação dos padrões de trabalho referente à Gestão do Capital Intelectual é monitorada quantitativamente através de itens de controle que

compõem o relatório mensal de Gerenciamento da Rotina. Os aspectos qualitativos são analisados nas reuniões do Grupo das Diretrizes e de Ensino e Pesquisa, através da análise dos resultados alcançados e das Pesquisas de Satisfação de Colaboradores e Gerentes e das Pesquisas de Satisfação de Usuários de serviços específicos, onde constam itens que mensuram a percepção da qualidade do Capital Intelectual na Instituição.

O principal indicador de avaliação das práticas de gestão e dos padrões de trabalho da Gestão do Capital Intelectual é o número de melhorias realizadas nos processos de incentivo, estímulo, ampliação, compartilhamento, proteção e retenção de tecnologias, através da facilitação do acesso a informações e conhecimentos, pela implantação de novas tecnologias de aproximação do saber, pela estruturação orgânica de serviços especializados no apoio e pela canalização de novas pesquisas científicas e de novos pesquisadores.

Através das análises dos indicadores das Pesquisas de Satisfação e, principalmente, pelas oportunidades de melhoria sugeridas pelos usuários dos serviços relacionados, são procuradas inovações que contemplem as novas necessidades.

As inovações se viabilizam através de projetos específicos que visam justificar a viabilidade da implantação da idéia e identificar os indicadores que avaliarão o resultado final.

Os exemplos mais recentes de projetos de inovação na área de Gestão do Capital são: Criação do site de acesso fácil a pesquisas, vídeo-conferência, criação da UAP e UAPPG, criação de um serviço de organização e promoção de eventos científicos e a criação do projeto Centro Histórico Cultural. Também destaca-se como inovação a incorporação de diversos equipamentos médicos de avançada tecnologia: Laboratório de Medicina Nuclear, Estudos Hemodinâmicos, Acelerador Linear e Neuroradiologia Invasiva.

Relacionamento das Informações Institucionais							
Estratégias	Diretrizes Institucionais	Macro-processos	Principais indicadores de acordo com as 5 dimensões da qualidade				
			Qualidade Intrínseca	Entrega	Moral	Econômica	Segurança
A u t o - s u s t e n t a ç ã o c o m c r e s c i m e n t o e v e l o c i d a d e n o s p r o c e s s o s	Aumentar o resultado econômico do segmento alternativo	- Atendimento ambulatorial - Atendimento em internação - Atendimento em centro cirúrgico - Atendimento em serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (sadt)	- Taxa de mortalidade - Taxa de cesarianas - Taxa de suspensão de cirurgias - Taxa de suspensão de internações	- Número de consultas ambulatoriais p/hora médico - Tempo de permanência em internação		- Receita de Serviços - Margens Operacional e Líquida - Superávit/Déficit Operacional e Líquido - Taxa de Retorno Operacional - Índices de Liquidez Corrente e Geral - Grau de Endividamento - Valor do Patrimônio Líquido - Custo da Diária (segmento alternativo - SA) - Custo da consulta eletiva SUS - Custo médio p/leito - total - Receita média p/leito - total - Receita média p/leito - SA - Custo de materiais p/leito - Valor médio da AIH - SUS - Valor médio da AIH - SA - Nº de consultas/internações/cirurgias/partos/sadt - Nº de cirurgias p/sala cirúrgica - Nº de cirurgias p/médico cirurgião - Nº de sadt p/internação - Nº de internações p/leito - Taxa de ocupação - Custo médio de captação no mercado financeiro - Taxa de subsídio ao SUS - Partic. do custo de materiais na rec. de serviços - Partic. do faturamento SUS - internações, no mercado RS - Partic. do volume de internações, no mercado RS	- Taxa de infecção hospitalar
	Reduzir o subsídio econômico ao segmento SUS						
	Captar recursos extra-ordinários	Captação de recursos extra-operacionais e/ou empréstimos de longo prazo				- Montante captado extra-operacionais - Valor captado no mercado financeiro de longo prazo	
	Adequação da infra-estrutura e dos serviços de apoio	- Investimentos em estruturas físicas e em tecnologias - Atividades de apoio operacional e administrativo	- Grau de satisfação dos clientes-usuários - Taxa de acuracidade dos estoques	- Prazo de disponibilização das informações estatísticas físicas - Prazo de disponibilização das informações econômico-financeiras - Prazo de encerramento do faturamento - Taxa de entrega de materiais de consumo no prazo - Taxa de manutenção preventiva de equipamentos no prazo		- Montante dos investimentos de capital - Participação dos investimentos de capital na receita - Idade média dos estoques - Prazo médio de contas a receber - Prazo médio de contas a pagar - Índice de realização do contas a receber no vencimento - Índice de glosa	
	Gestão de Pessoas	Administração do Capital Humano	- Grau de satisfação cliente-colaborador	- Tempo médio de recrutamento de pessoas	- Taxa de absenteísmo - Taxa de desligamento - Taxa de rotatividade (turnover)	- Número de funcionários p/leito - Número de enfermeiros por leito - Participação do custo c/pessoal próprio na receita de serviços	- Coeficiente de acidentes do trabalho
	Satisfação dos clientes	Gerenciamento do relacionamento com os clientes	- Grau de satisfação dos clientes				

Figura 4.1.1-Relacionamento das Informações Institucionais

As principais informações comparativas estão descritas na figura 4.2.1

Sistema de Informações Gerenciais Comparativas					Figura 4.2.1
Estratégias	Diretrizes Institucionais	Macro-processos	Dimensão de qualidade (a)	Indicador	Tipo do referencial (b)
A u t o - s u s t e n t a ç ã o c o m c r e s c i m e n t o e v e l o c i d a d e n o s p r o c e s s o s	Aumentar o resultado econômico do segmento alternativo e Reduzir o subsídio econômico ao segmento SUS	- Atendimento ambulatorial - Atendimento em internação - Atendimento em centro cirúrgico - Atendimento em serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (sadt)	4	Receita de Serviços	1
			4	Patrimônio Líquido	1
			4	Margem Operacional	1
			4	Margem Líquida	1
			4	Taxa de retorno operacional do Ativo	1
			4	Índice de liquidez geral	1
			4	Índice de liquidez corrente	1
			4	Superávit/Déficit Operacional	1
			4	Superávit/Déficit do Exercício	1
			4	Grau de endividamento	1
			4	Custo da diária de apartamento (CNV e Part)	1
			4	Custo da consulta eletiva - SUS	1
			4	Custo de materiais por leito	1
			4	Custo médio por leito	1
			4	Receita média por leito	1
			4	Receita por leito diferenciado	1
			4	Taxa de subsídio ao SUS	1
			4	Partic.no RS em faturamento de internações SUS	1
			4	Partic.no RS em número de internações SUS	1
			4	Partic.em POA em faturamento de internações SUS	1
			4	Partic.em POA em número de internações SUS	1
			4	Valor médio da AIH - SUS	1
			4	Valor médio da AIH - Convênios Privados	1
			4	Nº de consultas/internações/cirurgias/partos/sadt	1
			4	Nº de cirurgias por salas cirúrgicas	1
			4	Nº de cirurgias por médico cirurgião	1
			4	Nº de sadt por internação	1
			4	Nº de internações por leito	1
			4	Taxa de ocupação	1
			4	Custo médio de captação no mercado financeiro	3
			4	Partic. Do custo de materiais na receita de serviços	1
			4	Partic. Do faturamento SUS - internações no mercado RS	1
			4	Partic. Do volume de internações no mercado RS	1
	1	Taxa de mortalidade	1		
	1	Taxa de cesarianas	1		
	1	Taxa de suspensão de cirurgias	1		
	1	Taxa de suspensão de internações	1		
	2	Nº de consultas ambulatoriais por hora médico	1		
	2	Tempo de permanência em internação	1		
	5	Taxa de infecção hospitalar	1		
	Captar recursos extra-ordinários	Captação de recursos extra-operacionais e/ou empréstimos de longo prazo	4	Montante captado extra-operacionais	1
			4	Valor captado a longo prazo no mercado financeiro	1
	Adequação da infra- estrutura e dos serviços de apoio	- Investimentos em estruturas físicas e em tecnologias - Atividades de apoio operacional e administrativo	1	Grau de satisfação dos clientes-usuários	1
			1	Taxa de acuracidade dos estoques	1
			2	Prazo de dispon. das informações estatísticas físicas	1
			2	Prazo de dispon. das informações econômico-financeiras	1
			2	Taxa de entrega de materiais de consumo no prazo	1
2			Taxa de manutenção preventiva de equipamentos no prazo	1	
4			Montante dos investimentos de capital	1	
4			Participação dos investimentos de capital na receita	1	
4			Idade média dos estoques	1	
4			Prazo médio de contas a receber	1	
4			Prazo médio de contas a pagar	1	
4			Índice de realização do contas a receber no vencimento	1	
4			Índice de glosa	1	
Gestão de Pessoas	Administração do Capital Humano	1	Grau de satisfação do cliente-colaborador	1	
		2	Tempo médio de recrutamento de pessoas	1	
		3	Taxa de absenteísmo	1	
		3	Taxa de desligamento	1	
		3	Taxa de rotatividade (turnover)	1	
		4	Nº de funcionários por leito	1	
		4	Nº de enfermeiros por leito	1	
Satisfação dos clientes	Gerenciamento do relacionamento com os clientes	4	Partic. Do custo com pessoal próprio na Rec. De serviços	1	
		5	Coefficiente de acidentes do trabalho	1	
Legenda:					
Coluna (a)	1 = Qualidade intrínseca	Coluna (b)	1 = Competitivo		
	2 = Entrega		2 = Similar		
	3 = Moral		3 = Excelência		
	4 = Econômica		4 = Grande Grupo		
	5 = Segurança				

P

ESSOAS

5.1) Sistemas de Trabalho

a) Definição, execução e controle das práticas de gestão

O Sistema de Gestão de Pessoas foi construído de forma a assegurar a captação, capacitação, fixação e recompensa aos talentos humanos potenciais, minimizando a possibilidade de perdas nos investimentos praticados. Ou seja, é preciso contar com recursos humanos aptos e capazes à sustentação do negócio e que igualmente possuam potencial a ser desenvolvido e capacitado para fazer frente aos desafios, sendo reconhecidos e incentivados adequadamente no decorrer deste período. Estrategicamente define-se duas grandes linhas para o desdobramento das ações do Sistema de Gestão de Pessoas, a saber:

- Fixação e Satisfação das Pessoas
- Capacitação e Aperfeiçoamento das Pessoas

Estas “linhas” são operacionalizadas pela DIRT Divisão de Relações do Trabalho, por meio dos departamentos de Administração de Pessoal (DAP) e Desenvolvimento de Recursos Humanos (DDRH), que se ocupam do estabelecimento de Planos de Ações em suas áreas de competência voltados à Administração e ao Planejamento dos Recursos Humanos da Instituição.

Anualmente a equipe da DIRT reúne-se, no primeiro trimestre, para discutir e avaliar os planos de ações elaborados a partir do desdobramento das diretrizes propostas, estabelecendo novas metas corporativas setoriais.

A Organização do Trabalho

A atual estrutura organizacional de sistemas de trabalho começou a ser constituída em 1983, com crescimento progressivo e conquista da maturidade. Está centrada no desenvolvimento das atividades da Instituição através da liderança da Direção Executiva, bem como do quadro de gerências, chefias setoriais e chefias intermediárias dos diversos setores, os quais atuam de forma integrada, com adequada autonomia de decisão, em um processo participativo crescente e permanente, porém com esferas de autoridade e responsabilidade bem definidas. É importante citar que o organograma da organização é flexível, em especial na sua progressiva adaptação ao desenvolvimento das atividades, de forma estruturada a partir do Programa de Qualidade, através da qual a visão sistêmica de todos os funcionários, nos diferentes níveis hierárquicos, tem sido desenvolvida e estimulada. Neste sentido, desde o ingresso na Instituição, os funcionários são conscientizados da importância da contribuição de todos para o atingimento do melhor desempenho da Santa Casa.

As equipes da Santa Casa estão organizadas em 187 UGBs – Unidades Gerenciais Básicas – instituídas pela competência e em atendimento às necessidades

do negócio. As UGBs possuem um líder e um ou mais facilitadores, que se constituem nos “proprietários” da área. Este Sistema de trabalho propicia oportunidades de tomada de decisão na medida em que o acompanhamento dos itens de controle e a análise crítica do seu desempenho são feitos pela equipe funcional como um todo. O próprio processo de auto-avaliação da UGB pela sua equipe funcional constitui-se numa sistemática de avaliação e melhoria do processo de trabalho daquele setor. Por estarem distribuídas em áreas de competência técnica as pessoas são constantemente estimuladas em sua autonomia para encaminhamento a soluções de problemas, obedecidas as linhas de responsabilidade e autoridade definidas pela estrutura organizacional.

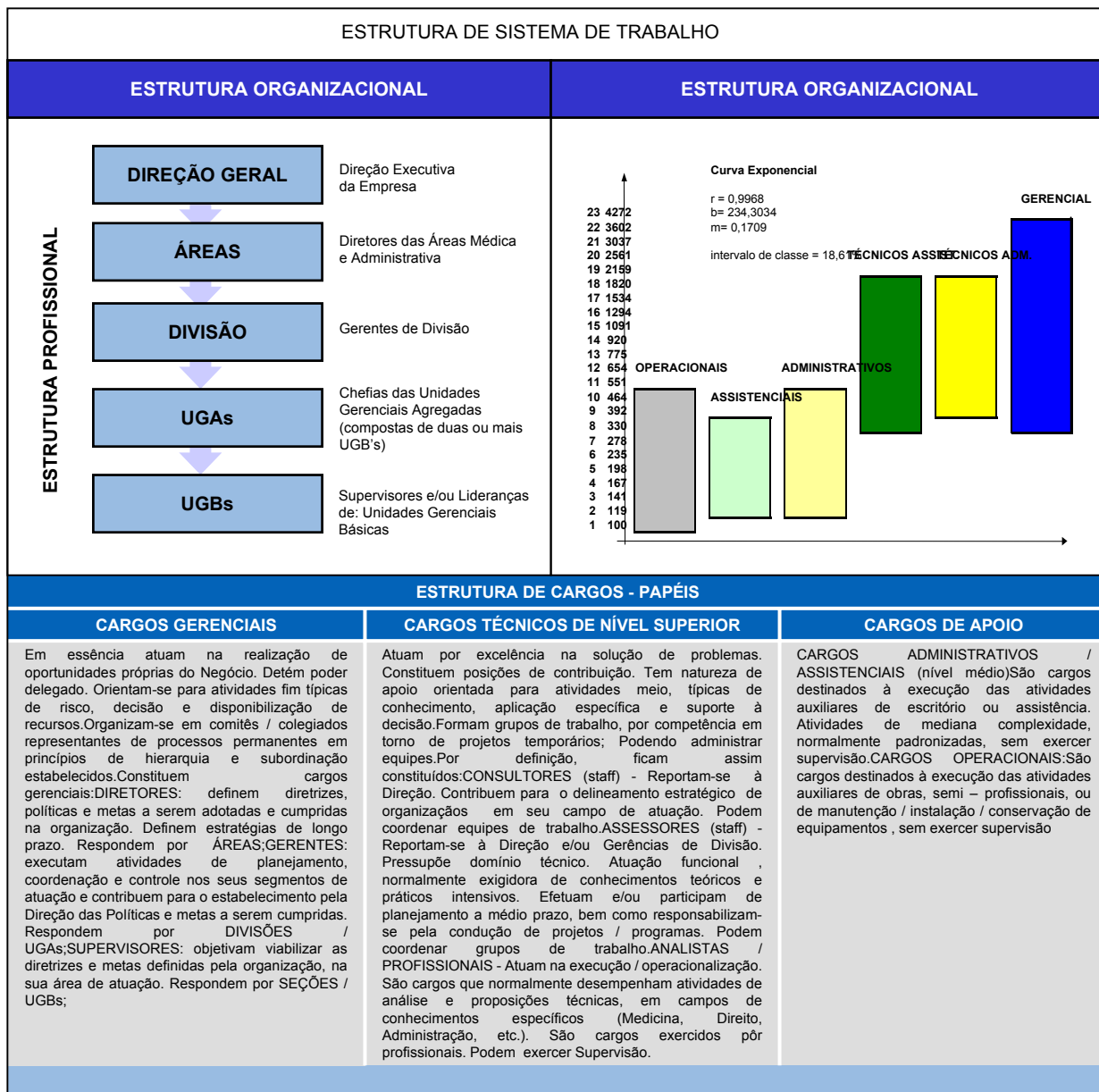
A Organização do Trabalho frente às necessidades do Negócio

A evolução tecnológica no mundo - na área médica - é a mais rápida entre todos os setores produtivos. Equipamentos, técnicas e processos se tornam obsoletos em ciclos cada vez mais curtos. Assim sendo, tanto a estrutura orgânica quanto a estrutura funcional, representantes do Sistema de Trabalho da Instituição, orientam-se por 4 premissas básicas, a saber:

- Velocidade – resposta rápida às necessidades e desejos do cliente e do negócio (no tempo certo)
- Adequação - as atividades devem ser sempre direcionadas ao cumprimento de objetivos
- Flexibilidade - os processos são desenhados de forma a permitir rápidas correções de rota,
- Participação – no sentido de prever a constituição de equipes para o encaminhamento de soluções a problemas focais e/ou corporativos.

A Estrutura de Cargos

A estrutura de cargos e salários observa os aspectos de descrição das atividades a serem executadas pelos profissionais, perfil e capacitação necessários, nível de responsabilidade e desempenho, entre outros. Ao longo dos últimos anos esta estrutura sofreu vários ciclos de revisão e melhorias. Os Cargos da Santa Casa estão descritos estabelecendo-se um perfil em que são considerados: seu objetivo, seu ambiente de atuação, principais responsabilidades e atribuições, resultados esperados, competências e habilidades, formação escolar e complementar, condições de trabalho e informações de recrutamento e seleção, estando agrupados em seis grupos ocupacionais, conforme figura abaixo:



Todos os cargos são submetidos a um processo técnico de avaliação (conhecimento, solução de problemas e responsabilidade), resultando na classificação do mesmo numa classe de cargos da tabela, conforme seu grupo ocupacional. A coordenação da avaliação de cargos é de competência da DIRT, bem como a formação do Comitê de Avaliação de Cargos, que conta com a participação de gestores das áreas dos cargos avaliados

Criação, alteração ou supressão de cargos

Qualquer destas operações, seja de caráter permanente, refletindo mudança na organização, seja de caráter provisório, como passo de processo de desenvolvimento de carreira, podem determinar mudanças na estrutura geral.

Neste sentido os gestores devem estar atentos para mudanças significativas nos conteúdos dos cargos que possam requerer reavaliação e, quando da criação de

novos cargos, planejem antecipadamente suas atividades e responsabilidades para que a DIRT / DAP, possa posicioná-los na estrutura de cargos e salários. A estrutura de Cargos e Salários da Santa Casa contém 22 classes salariais que contemplam os seis grupos mencionados. Os cargos são classificados por um sistema quantitativo - denominado Rating - que considera o valor relativo dos mesmos frente a 3 grandes fatores: Conhecimento (formal, informal e amplitude de atuação - Solução de Problemas, que considera a iniciativa, autonomia e a criatividade e Responsabilidade por Resultados (que mede a influência / impacto do cargo nos Resultados e a dimensão destes).

Cooperação, Comunicação e Compartilhamento

Trabalho em equipes - UGB = "times" e intersetoriais: A cooperação, a comunicação rápida e o compartilhamento de conhecimentos entre pessoas e setores são facilitados pela organização do trabalho em

equipes e UGBs através de ações intersetoriais e de usuários. O principal fator considerado no enfoque de desenvolvimento de pessoas pela organização do trabalho é justamente o ambiente de negócios, no qual os cargos estão inseridos. No que se refere às suas competências básicas para atuar – prestação de serviços, imagem da organização, qualidade do atendimento ao cliente – todo o quadro profissional é constantemente estimulado a apresentar sugestões inovadoras e / ou de melhorias que são encaminhadas ao Escritório da Qualidade, para serem analisadas pela área de competência e/ou formação de comitês multifuncionais. Os planos de ação de melhorias desenvolvidos são todos direcionados à participação de todos, tanto no planejamento, desenvolvimento, análise, execução e controle. Sendo formalizados em documentos adequados (5 W's, espinha de peixe, etc) e encaminhados para acompanhamento e apoio do Escritório da Qualidade. A constituição destes grupos pode se dar a partir de solicitações de melhorias encaminhadas por qualquer profissional da Organização, através de um dos canais de comunicação disponibilizados, sendo então avaliados pelo Escritório da Qualidade para o encaminhamento competente e aprovação. Diversos trabalhos / projetos da organização são desenvolvidos por comitês intersetoriais e multifuncionais e direcionados a solução de problemas corporativos e situacionais. Alguns exemplos:

- **O Grupo 5 S** – está estruturado desde 1997 com foco na implementação, manutenção e conscientização dos 5 sentidos na Santa Casa.
- **O Grupo Reabilitar** – encarrega-se da adequação/avaliação de reabilitados e/ou com problemas de saúde ligados às doenças ocupacionais
- **O Grupo Progresso – (gerenciamento de resíduos sólidos)** – iniciado em 1996 para formalizar a adequação e preocupação com o ambiente..
- Diversos outros grupos temporários, intersetoriais e multifuncionais que se aliam para planos de melhorias focais: grupo da lavanderia (redução de custos), etc.

Comunicação, Gestão a Vista, Endomarketing:

O Programa interno de comunicação foi implementado de forma a agregar valor para o cliente. Murais foram montados para acelerar e democratizar as informações. A organização publica a “**Santa Casa Notícias**” divulgando “nossas coisas”, “nossas andanças” e “nossa gente”. As ferramentas do marketing de relacionamento, entre elas o Endomarketing, são fundamentais e totalmente estratégicas ao negócio da Santa Casa, por sua correspondência com os aspectos de imagem institucional.

Semestralmente o Diretor Geral – para todos os profissionais (70% de abrangência em 2001) – e o Diretor Médico – para o quadro clínico – apresentam palestras de resultados, analisando indicadores de desempenho corporativo e remetendo às metas, além dos seminários mensais do GR. Estas palestras são reforçadas pelas lideranças de UGAs para a totalidade

do Quadro. Outras formas de comunicação interna são :

O Jornal Virtual – disponibilizado e atualizado diariamente na Intranet, que traz informações atualizadas da organização e disponibiliza serviços e informações de diversos setores da organização, entre eles o sistema de gestão, com informações atualizadas dos resultados da organização, global e setorialmente. **O falando com o diretor** é um programa, também presente na Intranet, que disponibiliza permanentemente, canal de comunicação e sugestões diretamente à Alta Direção. Semanalmente a DIRT – Divisão de Relações de Trabalho – emite um boletim : Motivação e Sucesso, para circulação em todas as áreas, abordando algum tema de interesse comum e convidando à reflexão.

Essas “ferramentas” de comunicação estão oportunizadas, para ampliar a possibilidade da disseminação das informações, por toda a organização de forma a permitir o aprendizado e a antecipação de solução de problemas comuns, através de troca de experiência entre setores.

Seleção e Contratação de Pessoas Interna e Externamente

Os princípios que norteiam o Recrutamento, Seleção e Acompanhamento da Santa Casa estão definidos em **Diretrizes** próprias. As principais premissas são :

- Contratação de talentos humanos que permaneçam na organização (se possível até a aposentadoria) ;
- Adequar as pessoas aos papéis (cargos) e não o oposto
- Os colaboradores estão sendo contratados para a organização e não para um determinado setor, assim devem atender, em primeira análise, os requisitos corporativos.
- Expressiva contratação de pessoas com potencial de crescimento e desenvolvimento e sem experiência no setor de saúde (primeiro emprego).

Esses preceitos estão diretamente relacionados ao Planejamento Estratégico da Organização e pela Diretriz de Satisfação dos clientes pela captação e fixação de talentos humanos

A flexibilidade, a resposta rápida, entre outros requisitos organizacionais e operacionais, fazem parte do perfil de habilidades básicas dos profissionais da Santa Casa. A focalização no atendimento / satisfação de clientes é fator crítico de sucesso do Negócio Santa Casa. Assim, as estruturas orgânicas e funcionais são desenhadas considerando tais exigências.

A captação interna: O primeiro olhar da organização é sempre para seu próprio Quadro de Pessoal. Prioriza-se o desenvolvimento das pessoas. Não por acaso, a maior parte dos gestores foram formados e desenvolvidos internamente. Os quadros são altamente especializados e profissionalizados. Isto, em alguns casos torna impraticável o “job rotation”, por exemplo é inviável fazer aproveitamentos laterais com Médicos ou Enfermeiros ou Bioquímicos – são profissões vocacionais. No entanto, a organização atua fortemente na identificação, desenvolvimento e aproveitamento de potenciais. Neste sentido, cada profissional de RH é um Agente de Percepção, identificando talentos e oportunidades. O contato com funcionários e gestores é preocupação e

prática permanente do Recrutamento e Seleção, sendo facilitador neste sentido o ambiente de ampla liberdade e respeito estabelecido. Os candidatos potenciais identificados na organização preenchem uma ficha chamada “inventário de RH”, e passam a fazer parte do banco de talentos da organização.

Captação Externa: Além das tradicionais fontes de Recrutamento existentes – jornal, cadastro de outras organizações, cartazes etc. – a Santa Casa é favorecida pela procura espontânea de um grande número de candidatos, pela boa reputação e imagem, principalmente junto aos profissionais da Saúde. Também incentiva-se as indicações do Quadro Funcional, sem que as mesmas interfiram no processo de Seleção. A organização busca alternativas de suprimento em cursos técnicos profissionalizantes e de ensino superior, existindo programas de estágio para formação de pessoal adequado ao perfil Santa Casa, em áreas específicas, com alto grau de efetivação. Um trabalho de aproximação e divulgação da Santa Casa é desenvolvido junto a Escolas da Capital, pelo Departamento de Marketing aumentando a probabilidade de atratividade. Posteriormente os alunos interessados são recepcionados na organização pelo gestor e técnicos da área profissionalizante do seu interesse. Pontualmente, evolui-se no aperfeiçoamento da metodologia de triagem (pré - seleção) e desenvolvimento de fontes de captação.

A Seleção: As principais práticas para seleção e contratação de pessoas são customizadas, de acordo com as especificações e qualificações exigidas no perfil da organização, através de instrumentos e técnicas de seleção como: Entrevistas, Dinâmica de Grupo, Provas Situacionais, Aplicação, Avaliação e Interpretação de testes Psicológicos, Referências Profissionais, Apresentação de Currículos Vitae e dossiê dos candidatos. A Seleção Final é compartilhada entre RH /Recrutamento e Seleção e o gestor solicitante cabendo a este a decisão final da contratação. Importante enfatizar que os cargos / perfis da organização são desenhados de acordo com exigências impostas pelo Planejamento Estratégico, considerando-se no perfil sua adequação, participação e contribuição à área e aos resultados da Instituição. Para isto testes psicológicos são efetuados, quando da admissão ou quando da incorporação de novas habilidades que o justifiquem.

A contribuição dos processos de seleção e contratação das pessoas integradas à força de trabalho dá-se, principalmente pelo acompanhamento especializado dos colaboradores no seu período de adequação à organização através de grupos de adaptação realizados durante o período de experiência, com acompanhamento do RH. O respeito ao ser humano está presente em todas as etapas. Ao candidato sempre são informadas de forma transparente todas as etapas a que será submetido e dimensionadas de forma realista as responsabilidades e expectativas em relação à posição pretendida. Em todos os casos, em que o candidato não aprovado demonstrar interesse, serão fornecidas a ele as devidas explicações – sempre de forma respeitosa e construtiva – por profissional especializado e habilitado para tal.

Desempenho das Pessoas

A sistemática de Avaliação de Desempenho privilegia, em primeiro lugar a sinalização da capacitação ao negócio, e a adequação das pessoas a este propondo ações de desenvolvimento a serem seguidas. Os fatores avaliados são ponderados e estabelecidos para identificar o grau de comprometimento do funcionário com a Instituição. Neste sentido, são avaliados seus relacionamentos verticais e laterais, uma vez que a característica do Negócio e as demandas indicam cada vez mais a atuação em equipes – muitas vezes multifuncionais – na organização.

Assim, com este enfoque, no ano 2000, foi contratada uma Consultoria Externa, para conjuntamente com todos os gestores, estabelecer uma nova “ferramenta” de Avaliação de Desempenho, cujos padrões estão direcionados a responder aos aspectos corporativos de Negócios e aos aspectos de desempenho humano, focados em “como a pessoa é” e em “como a pessoa faz”.

Foram desenvolvidas, 4 ferramentas distintas, destinadas a aplicação aos Grupos de Cargos: Operacionais, Técnicos de Nível Médio, Técnicos de Nível Superior e Gestores, abrangendo assim a totalidade dos ambientes operacional tático e estratégico da Organização.

O sistema de avaliação de desempenho individual dos funcionários ocorre em vários momentos. Após sua admissão na organização, ocorrem avaliações aos 45 e aos 90 dias de seu contrato de experiência; neste período, todos os funcionários novos participam de grupos de adaptação, coordenados por psicólogas, nos quais os funcionários expressam eventuais dificuldades de integração à organização ou à equipe de seu setor, cujas causas são trabalhadas, com o objetivo de aumentar a fixação do novo funcionário à Santa Casa. Semestralmente, ocorre nova avaliação formal de desempenho individual de todos os funcionários da Santa Casa, feita por suas chefias imediatas, quando os mesmos manifestam seu interesse e/ou necessidade de educação e treinamento para o trabalho.

Remuneração, reconhecimento e incentivos

TABELAS SALARIAIS: Representam a escala de importância e complexidade dos cargos, através do crescimento proporcional dos salários. Prevê faixas para crescimento horizontal no próprio cargo, permitindo remunerar por HABILIDADES e COMPETÊNCIAS. A verificação dos níveis de competitividade salarial frente ao mercado (pesquisa salarial), é formalmente realizada pela DIRT / DAP, pelo menos uma vez por ano.

CLASSES SALARIAIS: São os valores estabelecidos para remunerar cada grupo de cargos, cuja aproximação por pontos, não justifiquem salários diferenciados. As classes salariais são representadas por algarismos arábicos (1,2,3,4,5...) e indicam a evolução vertical e um cargo /ocupante dentro da tabela salarial.

INTERVALO DE CLASSE: É o percentual (%) de crescimento salarial estabelecido entre as classes salariais. É estabelecido com base na curva salarial de mercado.

FAIXAS SALARIAIS: São os valores estabelecidos para remuneração de cargos de uma mesma classe salarial. É a progressão salarial horizontal. A progressão salarial horizontal pode ocorrer por HABILIDADES E COMPETÊNCIAS, conforme estabelecido pela norma específica. Os steps, para crescimento salarial horizontal, por diferenciação de habilidades e competências dos ocupantes, chamam-se MÓDULOS.

REAJUSTES E AUMENTOS SALARIAIS INDIVIDUAIS

Por promoção: Efetiva-se a promoção toda vez que um funcionário passar a exercer um cargo de maior valor dentro da organização, acarretando numa remuneração mais elevada, através de substituição de pessoal ou alteração do quadro de lotação.

Por enquadramento de habilidades e competências: Constitui-se em crescimento salarial no mesmo cargo, por evolução de Módulo de exigências de Habilidades e Competências. Obedece a normatização específica. O crescimento salarial horizontal projetado dá-se pela identificação e certificação das habilidades e competências exigidas por UGB e distribuídas por cargo.

Por enquadramento de mercado: Conforme disposições anteriores, sempre que for evidenciada a existência de distorções nos salários da

organização em relação ao mercado e a configuração de níveis não competitivos, serão analisadas as faixas salariais em desarmonia, do que poderão resultar proposições de ajustes. Estas proposições serão obtidas através de estudos desenvolvidos pela DIRT / DAP.

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS

Embora a legislação das entidades filantrópicas imponha restrições à distribuição de lucros e resultados, foram identificadas alternativas para o cumprimento deste importante elemento de remuneração (motivacional e fixador dos talentos humanos).

Cargos Fins: Cargos da área médica, que estão ligados diretamente à razão de ser ou atividade-fim do Negócio, têm sua remuneração constituída além do salário fixo por uma parcela complementar vinculada à sua produtividade. Desta forma, o estímulo ao cumprimento de metas de desempenho é direto, haja visto que sua remuneração é influenciada pelo cumprimento/superação destas.

Cargos de Apoio: No que se refere às demais áreas de apoio (assistenciais e administrativas), os cargos da Santa Casa estão enquadrados em tabelas salariais que privilegiam crescimento de carreira vertical

O pré - projeto do Programa de Participação de Resultados está pronto e deve ser direcionado à aplicação no decorrer da vigência do Planejamento Estratégico. O Programa privilegia e visa recompensar os resultados alcançados frente aos desafios / metas Institucionais / por equipe / e individuais. O primeiro e principal fator para apuração será o RESULTADO OPERACIONAL.

RECONHECIMENTOS / INCENTIVOS

Existe um processo institucional de reconhecimento para as equipes de trabalho das UGBs, a partir dos resultados do Gerenciamento da Rotina, 5S e participação e comprometimento da equipe funcional

com os resultados obtidos; o reconhecimento leva em conta a pontuação dos RAAICMs e o resultado das auditorias semestrais realizadas nas UGBs e se materializa pela entrega à equipe da UGB de um certificado alusivo ao fato e de um crédito em dinheiro, para aplicação em programas de desenvolvimento de pessoas, sendo que os próprios colaboradores decidem onde e como aplicar o crédito. As cerimônias de reconhecimento se caracterizam por serem eventos especiais de crescimento pessoal e institucional, ocorrem nos meses de dezembro de cada ano.

Outras formas de reconhecimento pessoal são o pagamento por quinquênios, ações de valorização (cartões de aniversário, mensagens no contracheque, lembranças em datas relevantes); por ocasião do recebimento dos Troféus Bronze, Prata e Ouro do Prêmio Qualidade RS, Top Ser Humano 2001 - ABRHRS a totalidade dos funcionários da Casa recebeu um cartão de reconhecimento, uma réplica do troféu, além de terem sido oferecidos para os funcionários de todos os turnos de trabalho refeições especiais e gratuitas e uma festa de confraternização.

Controle dos padrões de trabalho

O controle dos padrões de trabalho seguem os procedimentos que as definem e estão sumarizadas no quadro abaixo.

PRÁTICA	CARACTERÍSTICAS DO CONTROLE	RESPONSÁVEL
Diretrizes de Gestão de Pessoas	• Conforme PLE – com estabelecimento a cada 4 anos e revisão anual no 1º semestre	DIRT - Divisão de Relações de Trabalho
Estrutura de Cargos e Níveis	• Conforme Plano de Classificação de Cargos e Salários formal estabelecido a partir de 2000, com revisões anuais em abril. • Conforme Diretrizes de Administração Salarial • Classificação de Cargos – método quantitativo (Rating)	ALTA DIREÇÃO DIRT DAP CARGOS E SALÁRIOS
Seleção e Contratação	• Conforme Diretrizes de R/S, obedecendo fluxos específicos caso – a – caso	DIRT DAP RE RUTAMENTO E SELEÇÃO
Remuneração	• Conforme Diretrizes de Administração Salarial, na admissão e específicos por alteração funcional.	DIRT DAP CARGOS E SALÁRIOS
Participação nos Resultados	• Anual. Distribuição primeiro trimestre, resultado operacional e metas corporativas e de time. (projeto) • Cargos de áreas- fim, mensal, por produtividade	ALTA DIREÇÃO DIRT DAP CARGOS E SALÁRIOS
Incentivos da Qualidade	• Anual, conforme resultados RAAICM, dezembro	Escritório da Qualidade
Desempenho das Pessoas	• Conforme diretriz e ficha de avaliação de desempenho, realização semestral	Profissionais da Santa Casa e suas Chefias Imediatas
Comunicação	Específico para cada caso	DIRT, DAP, MARKETING

A aplicação sistemática desses controles tem possibilitado detectar problemas ocorridos e potenciais e implementar melhorias, das quais destacamos:

- Treinamento das lideranças da organização em técnicas de entrevista/ indicadores e avaliação de desempenho
- Definição do mercado alvo salarial, com a inclusão de Hospitais de reconhecida liderança no setor
- Aumento das UGB's premiadas no Programa de Reconhecimento com a divisão em todas as categorias em UGB's de até 10 profissionais e com mais de 10 profissionais

b) Aprendizado

As práticas de gestão são avaliadas mediante pesquisas de mercado, pesquisa de clima e relatório de

indicadores. Em caráter permanente, são conduzidas pelo RH e compartilhada com gestores de UGAs e UGBs. As avaliações levam em consideração os aspectos de motivação / satisfação interna, risco de perda dos investimentos praticados, perfil exigido ao profissional da Santa Casa e questionamento gerencial interno.

Indicadores de desempenho :

- Taxa de absenteísmo
- Taxa geral de desligamentos
- Taxa de rotatividade
- Tempo médio de Recrutamento e Seleção
- Taxa de efetivação (período de contrato de experiência)
- Evolução da remuneração média

A base de aferição da eficácia e adequação dos

processos atinentes aos sistemas de organização do trabalho, remuneração e reconhecimento profissional é dada fundamentalmente por duas ferramentas: a pesquisa de satisfação realizada pelo Departamento de Marketing e aplicada anualmente à totalidade dos colaboradores da Santa Casa, e pelo relatório SICO, constituído pela tabulação e análise das opiniões de todos os colaboradores que se desvincularam da organização (por desligamento ou espontaneamente).

Ambas as ferramentas reservam campos específicos aos processos propostos e têm pautado os planos de ação relativos à melhoria dos mesmos, ou seja, a partir da percepção do cliente-funcionário a organização focaliza sua ação. Ambos são indicadores de desempenho avaliados.

Externamente, a organização pauta-se pela constante atualização metodológica (literatura e benchmarking).

A Instituição participa ainda de um grupo de troca de informações gerenciais de recursos humanos (indicadores de RH e produtividade) junto aos nove mais representativos hospitais do estado perseguindo igualmente a solução a problemas setoriais e/ou específicos. Este grupo reúne-se mensalmente em sistema de rodízio.

Os resultados das diversas prospecções efetuadas pela organização, tem seus dados tabulados e analisados pela DIRT, identificadas as oportunidades de melhorias e quando de sua relevância, são encaminhadas ao setor competente para proceder ao correspondente plano de ação de melhoria e submetê-lo a apreciação e aprovação da Alta Direção sendo acompanhado pela área de competência e pelo Escritório da Qualidade, quando da existência de indicadores de controle

Como exemplo de melhorias recentemente implantadas em decorrência da avaliação de desempenho das práticas de trabalho deste item, pode-se citar:

- A reformulação da metodologia e das ferramentas de avaliação de desempenho, a redefinição do mercado - alvo de pesquisa e monitoramento salarial, a implementação de novos testes psicológicos para seleção.
- Descentralização da gestão da remuneração. O grau de decisão dos gestores quanto à remuneração / reconhecimento de seus profissionais vem sendo gradativamente ampliado. A remuneração está cada vez mais associada / direcionada aos resultados.

5.2 – Capacitação e Desenvolvimento

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Anualmente, a organização reúne o grupo de diretrizes para avaliação do planejamento estratégico. Nestas oportunidades, cada Divisão reúne-se com suas equipes para questionamento e projeção das metas propostas. Assim apuram-se carências e necessidades para fazer frente aos planejamentos de curto e longo prazo, com programas de treinamento corporativos e operacionais.

Além do acima exposto, a Alta Direção identifica outras formas de necessidades de capacitação pela:

- Análise e avaliação dos relatórios de desempenho (RAAICM) de cada UGA/UGB, os quais são entregues mensalmente ao Escritório da Qualidade e após a consolidação dos dados são enviados à Direção.
- Reuniões mensais com o grupo das diretrizes, composta dos líderes de UGA e direção executiva.
- Avaliação por órgãos externos, tais como serviços de auditoria externa, independente, do sistema de avaliação externa do PGQP e pelo sistema de exame para o prêmio nacional de qualidade.
- Através do planejamento estratégico orçamentário realizado por cada UGA/UGB.

Nos níveis de UGA e UGB as necessidades são identificadas pelo seguintes mecanismos:

- Análise crítica mensal do desempenho das UGBs, quando da elaboração de planos de melhoria da qualidade para metas não atingidas, gerando treinamentos específicos, sendo desenvolvidos pela

própria UGB e/ou corporativos pelo DDRH.

- Através das diretrizes Institucionais de curto e longo prazo, mais especificamente nas linhas direcionadas à gestão de pessoas e conhecimento e na gestão da satisfação dos clientes.
- Ficha de avaliação de desempenho realizada semestralmente, no campo necessidades/interesses de treinamento, onde são registrados o interesse e as necessidades de cada funcionário.
- Preenchimento da matriz de treinamento pelas UGBs, colocando nela as necessidades de treinamentos manifestadas pelos funcionários e as identificadas pelas chefias. Este procedimento é realizado no final de cada ano. Tais documentos são enviados ao DDRH, onde este irá tabular as necessidades de treinamentos e alinhar as mesmas às diretrizes Institucionais. As necessidades não atendidas pelo DDRH serão devolvidas às áreas, onde estas serão desenvolvidas com o apoio do DDRH, se necessário. A matriz de treinamento é dividida em categorias profissionais (ver fig. 1 item 5.1), as mesmas utilizadas nas fichas de avaliação de desempenho.
- Reuniões técnico-científicas da equipe de enfermagem, realizadas mensalmente.

Anualmente, a Alta Direção avalia os mecanismos de aferição supra citados e estabelece o direcionamento estratégico proposto à capacitação da força de trabalho frente as necessidades e desafios impostos ao negócio. Estes constituem em diretrizes de planejamento operacional ao DDRH, bem como as matrizes já

referidas. Após a análise e adequação destes mecanismos, o DDRH transforma-os em programas de treinamento, com todas as suas especificações e submete-os à aprovação final da Alta Direção. Quando da implementação do programa, o resultado é reportado para conhecimento e acompanhamento da Alta Direção.

O Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DDRH tem a missão de promover o desenvolvimento de recursos humanos da Instituição, mediante ações de apoio e educação continuada, visando a satisfação das necessidades de crescimento pessoal, técnico e científico, para efetivar a melhoria contínua dos resultados na busca da excelência dos serviços.

Atendimento as necessidades das pessoas

O planejamento dos treinamentos corporativos é divulgado através de seminários com os diferentes profissionais da Instituição (UGAs) e checado na prática com as UGBs.

A metodologia de trabalho no treinamento e desenvolvimento está baseado na formação de multiplicadores, para que estes possam capacitar em suas próprias UGBs.

Todos os treinamentos seguem um padrão de planejamento que inicia com a formatação de um contrato de treinamento. Neste estão os objetivos, público alvo, conteúdos, recursos audiovisuais necessários, investimentos, carga horária e a meta a ser atingida com o desenvolvimento do treinamento e pós-treinamento e todos estes itens estão acordados com cliente-fornecedor.

É encaminhada para cada UGB uma comunicação informando o treinamento a ser realizado. Dependendo da categoria profissional a ser treinada a chefia encaminhará multiplicadores, que serão capacitados para posteriormente repassar a toda equipe de trabalho. Em casos em que o treinamento corporativo for de âmbito operacional, o treinamento ocorrerá diretamente a todos os funcionários que forem indicados a fazerem o treinamento.

A Instituição dispõe de anfiteatros e salas de aula em cada hospital do complexo para a realização dos treinamentos específicos das UGBs, além de possuir cinco salas específicas para treinamentos corporativos, sendo que duas destas estão preparadas com equipamentos de informática, totalizando 18 computadores para os treinamentos que estão direcionados às diretrizes de adequação dos hospitais e serviços: infra-estrutura, instalações, tecnologia e processos, para assim capacitar a força de trabalho.

Para cada planejamento de treinamento é avaliada a possibilidade, dependendo do conteúdo a ser desenvolvido, da equipe do DDRH executar e/ou apoiar. Em alguns casos, busca-se consultorias externas apropriadas à cultura da Instituição para execução.

Outra forma de atender as necessidades das pessoas em treinamento e desenvolvimento é a participação de funcionários em eventos científicos

externos. O DDRH monitora um valor mensal, desde que o funcionário preencha um instrumento justificando a sua participação e vinculando o objetivo do evento com o desenvolvimento do gerenciamento da rotina na UGB (itens de controle a serem melhorados com a participação no evento e o processo da UGB em que o participante espera aplicar o conteúdo assim como o efeito esperado). Após o evento o funcionário compromete-se em repassar as informações à equipe de trabalho.

A Instituição possui convênios com várias entidades, oportunizando descontos para funcionários em matrículas e mensalidades. Ex.: universidades, escolas técnicas, escolas de inglês e etc...

As UGBs reconhecidas anualmente pelo seu destacado desempenho possuem um crédito em dinheiro para os integrantes da equipe funcional, que deverão aplicar este valor no desenvolvimento das pessoas, tais como: participação em cursos externos, compra de material didático, recursos audiovisuais, etc...

Integração de novos membros da força de trabalho

O processo de capacitação dos funcionários começa imediatamente após o seu ingresso na Instituição, através do PINC – Programa de Integração do Novo Colaborador. Este evento, ocorre quinzenalmente, com uma carga horária de 12 horas/aula, independentemente do número de novas admissões. O treinamento é alinhado com os objetivos Institucionais, inclusive com a participação de um membro da Alta Direção. Nele, são repassadas informações sobre o método de Gestão da Santa Casa, com conceitos básicos sobre qualidade total, os fundamentos da Instituição (missão, valores, clientes, visão, 5s, etc...), direitos e deveres, informática, segurança patrimonial, nutrição, história da Santa Casa, programa de gerenciamento de resíduos sólidos, a importância da doação de órgãos e etc. É salientada a importância de cada um no atingimento das metas que beneficiarão a todos, assim como a necessidade da integração do trabalho de cada um com o trabalho de todos (cadeia cliente-fornecedor), para a melhoria do desempenho global.

No segundo dia de integração, à tarde, o grupo divide-se em 2 subgrupos: área assistencial (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros) e não assistencial (administrativos, nutrição, hospedagem e demais áreas). O grupo da área assistencial inicia um treinamento teórico-prático de enfermagem de 36 horas/aula, capacitando quanto aos procedimentos e técnicas básicas de cuidados ao paciente bem como biosegurança, registros e orientações quanto ao interfaciamento com os outros serviços de apoio.

Em relação ao grupo não assistencial é dado um treinamento de 4 horas/aula sobre excelência de serviços, abordando aspectos de comunicação, postura e ética e a relação cliente x profissional. Após esta etapa, estes recebem treinamentos específicos em suas áreas de atuação.

Em ambos os grupos, ao chegar na área de

Trabalho, é programado o Endomarketing, onde ocorre a apresentação do ambiente físico do trabalho, colegas, rotinas da área e é identificado e apresentado um profissional que tenha domínio da rotina da Instituição, para acompanhá-lo durante o período probatório.

Para os colaboradores com cargo de enfermeiro, após o PINC, estes participam do Programa de Desenvolvimento para o Enfermeiro – PRODENF, com duração de 8 horas e quinzenalmente, cujo objetivo é capacitar os enfermeiros quanto aspectos de liderança, humanização e atribuições do enfermeiro e sistemas de informatização da assistência. Este programa é aberto para os enfermeiros já efetivos na Instituição, como momento de reciclagem de conhecimento.

No início de cada ano efetiva-se a integração dos novos residentes médicos oriundos do Programa de Residência Médica que a Instituição possui, que tem como objetivo, além da formação de médicos bem preparados para a comunidade, apoiar os métodos de trabalho que garantam melhoria contínua da assistência médico-hospitalar, principal serviço prestado pela Santa Casa.

As práticas de capacitação e integração são aplicáveis a todas as categorias da força de trabalho em sua metodologia.

Avaliação da capacitação dos treinamentos:

Todos os eventos de treinamento teórico-prático obedecem a duas etapas de aferição aqui denominadas: pré-teste e pós-teste. O pré-teste tem o objetivo de identificar a defasagem de conhecimento e o pós-teste é a verificação do quanto foi adquirido de conhecimentos com a aplicação do curso. O grau para aprovação é 8,0 no pós-teste, considerando uma pontuação de 1 à 10. As pessoas que não atingirem o grau terão oportunidade de reciclar estes conhecimentos e fazer novas provas até atingir a meta.

A avaliação do novo colaborador se dá durante o período probatório, mediante o preenchimento da avaliação de qualificação, composta de um check-list que avalia o desempenho do funcionário quanto aos seus aspectos técnicos. O líder em conjunto com o funcionário efetua a avaliação e pontua, registrando as ocorrências relevantes bem como o preenchimento da ficha de avaliação de desempenho, onde coloca as necessidades/interesses de treinamento.

São realizadas simulações pela chefia, com os funcionários, no ambiente de trabalho.

Todos os treinamentos realizados têm como padrão a utilização dos contratos de treinamentos. Estes têm como finalidade acordar com os clientes dos treinamentos a forma de verificação das metas a serem atingidas em conjunto com a equipe, o líder e, se pertinente, o fornecedor, assim como o prazo de melhoria após a realização do treinamento. O responsável pela avaliação em casos de treinamentos corporativos é o DDRH e quando desenvolvido pela própria UGB é o líder da equipe. Em todos os casos sempre há assinatura do cliente e fornecedor nos contratos.

Utilidade na execução do trabalho: As habilidades e conhecimentos adquiridos nos treinamentos dos novos funcionários são aplicados e avaliados na prática assistencial, através de um instrumento composto de vários requisitos que avaliam os procedimentos técnicos e comportamentais executados pelo profissional. O objetivo do instrumento é integrar o novo colaborador à equipe e à dinâmica funcional da unidade, além de conhecer suas potencialidades e dificuldades para o seu crescimento profissional. O instrumento é preenchido pela chefia imediata, com o consentimento do funcionário, durante o período probatório, 90 dias, sendo este instrumento anexado à ficha de avaliação de desempenho.

Os demais integrantes da força de trabalho assistencial são acompanhados através de um instrumento de avaliação para qualificação profissional, cujo objetivo é o mesmo acima descrito, porém os requisitos avaliados são específicos de cada UGB, conforme a reciclagem de conhecimentos recebida. A periodicidade de aplicação da ficha é semestral, sendo que a mesma é realizada pela chefia imediata. Existe instrumento específico para o auxiliar e técnico de enfermagem e para o enfermeiro.

Em relação aos demais integrantes da força de trabalho, os conhecimentos são avaliados através do resultado da pesquisa de satisfação dos clientes externos, realizada mensalmente, onde são identificadas a satisfação dos diversos serviços, ex.: nutrição, recepção, portaria, fisioterapia, etc. Além desta, evidencia-se efetiva observação e supervisão das chefias junto aos funcionários, através da prática das rotinas diárias executadas nas UGBs.

Eficácia e obtenção das estratégias

O DDRH é responsável pela eficácia dos treinamentos corporativos e o líder de equipe será responsável quando os treinamentos forem desenvolvidos na própria UGB. O prazo para avaliar a eficácia pode variar de 30, 60 ou 90 dias, dependendo da meta a ser atingida. Nos casos em que não há o atingimento das metas estabelecidas, são elaborados planos de ação com a equipe para a busca de melhoria contínua.

Outra forma de medição da eficácia é através da pesquisa de satisfação dos clientes externos. O DDRH busca obter os indicadores de satisfação dos clientes externos relacionados à área assistencial e não assistencial, monitorando o desempenho mensal para o atingimento do seu item de controle.

Outros indicadores priorizados nos relatórios gerenciais servem também para avaliar, de forma integrada, as práticas associadas à educação, treinamento e desenvolvimento das pessoas. Entre esses indicadores, estão: absenteísmo, rotatividade, taxa de ocupação, índice de reclamações dos clientes junto à chefia e outros indicadores oriundos da necessidade de melhoria da UGB.

Cultura para excelência: A cultura para excelência é abordada nos planos de capacitação e desenvolvimento, desde o ingresso do novo funcionário

na Instituição. No PINC há a participação presencial de um membro da Alta Direção, por um período de 2 horas, com frequência quinzenal. Neste período são apresentados e reforçados os valores organizacionais.

Semestralmente, é oferecido treinamento de qualidade total aos funcionários que ainda não realizaram o mesmo. O treinamento é realizado em parceria com consultoria externa – FUNDATEC, sendo esta prestadora de serviço nesta área, parceira da Santa Casa desde 1994. Neste treinamento é abordada toda a metodologia da qualidade total aplicada no sistema de Gestão vigente na Santa Casa. Este treinamento tem duração de 40 horas/aula.

Anualmente a Alta Direção realiza ciclos de palestras para disseminar as diretrizes Institucionais do ano vigente, assim como o desempenho da organização em relação ao ano anterior.

Ocorrem encontros mensais denominados gerenciamento da rotina, com o objetivo de repassar o desempenho da Instituição do mês anterior e enfatizar as estratégias que poderão ser adotadas para buscar melhores resultados no próximo mês. Neste evento, liderado pelo diretor administrativo há participação de todos os líderes das UGAs e UGBs.

Desenvolvimento e empregabilidade: O funcionário, após a sua admissão na Instituição, realiza avaliações de desempenho aos 45 e aos 90 dias de trabalho. Neste período os funcionários participam de grupos de adaptação, coordenados por psicólogos, realizando-se um trabalho de meditação conduzida, visando uma reflexão sobre o período que estão vivendo, para auxiliar em sua adaptação e fixação no novo trabalho. O grupo tem duração de 2 horas. Há eventos científicos realizados nas mais diferentes especialidades, com o objetivo de aperfeiçoamento técnico, científico e pessoal. Ex.: encontros de profissionais de enfermagem, nutrição, fisioterapia, área médica, psiquiatria, etc, além da realização de *workshop* sobre o potencial criativo, com o objetivo de instrumentalizar as pessoas com técnicas para obtenção de um maior número de idéias; gerar um clima propício à criatividade; quebrar padrões que possam dificultar o acesso a novas e melhores soluções.

Controle dos Padrões de Trabalho: O controle e a verificação do desempenho dos padrões de trabalho associados à capacitação das pessoas é realizado conforme descrito no item 1.2. Adicionalmente com relação aos programas de treinamento são realizadas as seguintes atividades de controle:

Como indicador de desempenho podemos citar o controle do número de horas de treinamentos realizados na Instituição, cuja meta é 7 horas / funcionário / mês. Existe uma preocupação em desenvolver o potencial intelectual, também pela diversidade de categorias que atuam na Instituição.

Todos os treinamentos realizados na instituição são registrados em um relatório padrão denominado Relatório de Treinamento e/ou Eventos Realizados / Frequentados – RETE. Neste relatório está descrito o

tipo de treinamento/evento realizado, como é ministrado, porque o treinamento está sendo realizado, quem o executa, onde e quando ele ocorre, bem como, o n.º de horas realizadas e o total de participantes. A UGB que não cumprir a meta estabelecida no mês, fará plano de ação para a melhoria contínua do processo. O RETE é lançado no sistema de informações do escritório da qualidade, mensalmente, juntamente com RAAICM – Relatório de Avaliação e Acompanhamento dos Itens de Controle e Metas da UGB, cujo prazo de entrega destas informações é até o dia 20 de cada mês.

Estes registros são auditados pelo escritório da qualidade, anualmente, em todas as UGBs da Instituição. No momento da auditoria participam os funcionários e líderes de UGBs.

b) Aprendizado

Em todos os eventos de treinamento é aplicada a avaliação de reação, sendo que os participantes registram sua opinião através de um conceito (a desejar, regular, bom, muito bom e ótimo) quanto aos aspectos: da organização (ambiente físico, equipamentos, material e carga horária), metodologia (aplicabilidade e seqüência dos assuntos tratados), desempenho (do instrutor e o nível de aproveitamento do participante), assim como o grau de satisfação do participante em relação ao treinamento. A avaliação é finalizada com um campo destinado a sugestões/melhorias informadas pelos participantes. No caso de sugestões aos instrutores existe duas formas de encaminhamentos de melhorias:

1ª **Feedback** diretamente ao instrutor ao final da aula, a respeito do seu desempenho e efetivando as melhorias necessárias e imediatas;

2ª São enviados ao instrutor os quesitos sugeridos pelos participantes e estes por sua vez elaboram um plano de ação com as modificações propostas para o atendimento das necessidades dos participantes do treinamento.

Quando os contratos de treinamento não atingem a meta estabelecida, são realizadas reuniões como as chefias e/ou consultorias externas para análise do não cumprimento.

O monitoramento do grau de satisfação do cliente externo, mensalmente, onde as melhorias são efetuadas juntamente com as áreas que apresentam defasagem nos resultados em comparação a meta estipulada, é o item de controle do DDRH.

A aplicação sistematizada dos mecanismos de prospecção de necessidades de treinamento tem nos oportunizado a melhoria dos mesmos, sendo o último ciclo de renovação estabelecido no ano de 2001, com a modificação do conceito de abrangência da aplicação..

As melhorias e inovações são implementadas a partir da revisão do não atingimento das metas estabelecidas, tendo como base a realização de planos a partir da revisão do não atingimento das metas

estabelecidas, tendo como base a realização de planos de ação; *feedback* dos participantes de treinamentos a respeito de conteúdos desenvolvidos; retorno do cliente através das pesquisas, considerando a sua satisfação e observações.

Exemplo de melhoria, realizada pela equipe do DDRH, foi a revisão de todos os indicadores relativos ao processo de avaliação do RETE, que teve como resultado final a reestruturação do formulário e os critérios de registro de eventos de treinamento e desenvolvimento. A implementação foi efetivada

através de reuniões efetuadas com as UGAs para aprovação e posteriormente comunicada para todas as UGBs através de e-mail e circulares. A implantação iniciou em janeiro de 2001, incluindo novos critérios de eventos de treinamento e desenvolvimento, para fins de cálculo do índice de horas treinamento por funcionário/mês, bem como a criação de codificação específica para cada evento além da modificação do layout do formulário do relatório.

Outro exemplo de inovação foi a disponibilização na intranet dos conteúdos trabalhados no treinamento corporativo de Administração do Tempo.

5.3 – Qualidade de Vida

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

As estratégias estabelecidas pela instituição, visando assegurar de maneira efetiva a existência de condições de trabalho saudáveis e seguras a todos os funcionários são estabelecidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). As ações são eminentemente preventivas, privilegiando medidas de promoção e de proteção à saúde e segurança; dessa forma colaboram para proporcionar melhor qualidade de vida no trabalho aos seus colaboradores.

As diretrizes do programa são estabelecidas adotando-se as seguintes práticas:

A Identificação dos perigos e riscos relacionados à saúde, segurança e ergonomia é realizada de acordo com o PPRA . sob responsabilidade do SESMT, e contempla as seguintes atividades:

- Visita aos locais de trabalho efetuadas pelos técnicos de segurança para avaliação
- Análise de processos e postos de trabalho considerando condições e atitudes de segurança
- Estudo das atividades por função avaliando o grau de exposição ao risco
- Perfil dos acidentes de trabalho identificado e avaliado pela CIPA
- Controle ou eliminação dos riscos (através de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e/ou Equipamentos de Proteção Individual (EPI), treinamentos
- Monitoramento por exames específicos Clínicos e/ou Complementares (de acordo com necessidade do risco da função)
- Protocolos para interpretação dos resultados dos exames e condutas a serem adotadas no caso de achados anormais
- Padronização de procedimentos (definição da finalidade de cada exame médico ocupacional, como subsídio para a homogeneização de condutas médicas para cada caso)
- Vigilância epidemiológica (identificação, análise e acompanhamento de funcionários com agravos à saúde em geral (absenteísmo elevado), doenças ocupacionais e acidentes de trabalho)
- Programas especiais:
- Vacinação contra hepatite B, contra tétano e contra gripe
- Atividade Física Laboral: atendimento semanal em vários setores da Instituição e diário em sala de fisioterapia do trabalho (HDVS).Abrangência: avaliação funcional e ergonômica; orientação e educação em saúde do trabalho; treinamentos e oficinas de postura; exercícios adequados para cada setor; orientação direta por equipe de fisioterapia.
- Prevenção de Acidente com Material Biológico (treinamento mensal)
- Biossegurança

- Curso de Preparação para o Parto (grupo de gestantes)
- Comitê de Reabilitados : apoio multidisciplinar no retorno ao trabalho dos funcionários, com acompanhamento médico, psicológico e fisioterápico
- Assistência médica a nível ambulatorial aos funcionários e dependentes através do Serviço Médico de Pessoal, disponibilizando atendimento clínico, ginecológico, pediátrico, ortopédico, odontológico , psicológico e de enfermagem, em área física própria .

Métodos e metas para eliminá-los ou minimizá-los: Direcionados à educação e conscientização.

- Planilha de Reconhecimento dos Riscos de cada função de cada setor da Instituição, tempo de exposição ao risco. (PPRA)
- Planilha de Controle dos Riscos, com o tratamento a cada risco levantado, com medida a ser tomada, com identificação da meta (atenuação, minimização, eliminação),com prazo de execução. (PPRA)
- Esquema do tipo de exame a ser realizado, de acordo com a função, risco ocupacional e periodicidade para execução contemplado no PCMSO.
- Adequação de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), avaliados pela Segurança do Trabalho e controle de fornecimento, guarda e uso de Equipamentos de Proteção Individual.
- Treinamento em Prevenção de Acidentes de Trabalho a todos os colaboradores no ingresso à Instituição (Programa de Integração Novo Colaborador), realizado mensalmente

Participação das pessoas:

- Aprovação do programa e designação do médico coordenador do PCMSO: Direção
- Divulgação do programa na Instituição: Serviço Médico de Pessoal (SMP), Departamento Administração de Pessoal (DAP), Marketing (intranet, cartazes,folders)
- Consolidação de dados de estrutura funcional da organização: DAP
- Reconhecimento dos riscos ambientais / ocupacionais: Engenheiro de Segurança do Trabalho, Encarregados de Setores, Funcionários, Médico do Trabalho, CIPA
- Realização de exames médicos por ocasião da admissão, periódicos, retorno ao trabalho, mudança de função e/ou demissão: Médicos do Trabalho lotados no SMP.
- Realização de treinamentos em Prevenção de Acidente com Material Biológico e Biossegurança: Médico do Trabalho do SMP
- Realização de Treinamento em Prevenção de Acidentes e Segurança: Engenheiro de Segurança e Técnicos de Segurança do Trabalho.

Importante ressaltar a participação dos funcionários através da CIPA, o órgão competente para representar todo o Quadro Funcional. Seus membros são eleitos pelos próprios trabalhadores (50%) e

indicados pelo empregador (50%). Na CIPA existem comissões encarregadas especificamente da identificação e tratamentos dos riscos que são a comissão de análise de acidente e a comissão de mapa de risco.

Identificação e tratamento dos perigos e riscos:

A organização promove anualmente uma pesquisa de satisfação do cliente funcionário, abordando diversos quesitos atinentes ao bem-estar e valorização no trabalho. Todas as respostas são tabuladas, por UGAs e por UGBs e encaminhadas às respectivas Unidades para o estabelecimento de Planos de Ação específicos. Corporativamente todas as reivindicações do Quadro são tabuladas (curva ABC / Pareto) e em conformidade com as disponibilidades da organização, encaminhados Planos de Melhorias.

No ciclo de revisão e melhoria da forma de pesquisar o clima organizacional e a satisfação dos funcionários, ocorrido em 1997, o questionário então utilizado foi amplamente modificado e ampliado, resultando num instrumento com 49 perguntas, que avaliam a opinião dos colaboradores em relação a: (1) situação intra-setorial, (2) situação e relações inter-setoriais e (3) a avaliação da sua satisfação com a Instituição como um todo.

Além de perguntas objetivas, abertas e fechadas, há um espaço em branco, onde se solicita que o funcionário relacione os fatores que influenciam sua satisfação e bem-estar, assim como os benefícios que o mesmo gostaria de estar recebendo; além disso, são relacionados, também, os benefícios e alguns serviços de apoio que a Instituição já oferece, para que o funcionário avalie a sua satisfação em relação a eles; aspectos da segurança e ergonomia são considerados e, em todas as pesquisas anuais seguintes, estes fatores de satisfação e bem-estar são revistos. Continua sendo mantido um espaço destinado a manifestações do funcionário pesquisado, em relação a suas expectativas, críticas, sugestões, elogios, etc.

Ambientes de trabalho seguros e saudáveis

Há investimentos permanentes visando garantir que as condições de trabalho sejam muito boas no que se refere ao ambiente físico, instalações, mobiliário, máquinas e equipamentos. O planejamento estratégico contempla desdobramentos específicos neste sentido. Como exemplo de medidas previstas no planejamento estratégico para melhorar as condições de trabalho, já executadas, cita-se a construção de passarelas entre os hospitais HSF – HSJ – PPF.

Foram disponibilizados dois profissionais exclusivamente para atendimento da área de medicina ocupacional, com atividades de treinamento, em prevenção de acidentes com material biológico. Também existe um grupo multifuncional encarregado da adequação / avaliação de reabilitados e / ou com problemas de saúde ligados a doenças ocupacionais. Também está em desenvolvimento o Programa de Atividade Física Laboral, adequados às atividades específicas dos funcionários dos diversos setores mediante levantamento de necessidades, “in loco”.

Os acidentes de trabalho são planilhados e analisados por tipicidade, grupo ocupacional e área, gerando planos de ações corretivos e preventivos.

Destacamos a evolução da SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – que evolui de um grupo de 1174 participantes em 1999, para 2480 em 2001 e teve seu foco voltado a: auto-estima e motivação; riscos domésticos e prevenção de incêndio; prevenção AIDS; alimento espiritual; segredos de boa postura; questões emocionais e acidentes de trabalho; DST (doenças sexualmente transmissíveis); gerenciamento financeiro; saúde e alimentação; tabagismo; proteção radiológica; comportamento emocional;

A operação de aparelhos e equipamentos sempre é precedida de treinamentos e disponibilização de manuais de operação detalhados, com acompanhamento das chefias diretas e do Setor de Biomédica da DIVENG.

Bem-estar, a satisfação e a motivação

Além da Pesquisa de Clima Organizacional, diversos serviços da Instituição realizam pesquisas específicas para avaliar a satisfação do cliente funcionário, no atendimento pessoal prestado pelo serviço.

O sistema de avaliação individual dos funcionários realizado pela chefia imediata também se constitui em instrumento formal de verificação da satisfação das pessoas, com possibilidade de melhoria em tempo real.

A estratégia da Instituição para manter o clima organizacional aliado às necessidades de bem-estar, motivação e satisfação é garantida através das seguintes ações;

- Administração dos Planos de Serviços e Benefícios
- Acompanhamento do nível de Satisfação
- Acompanhamento do nível de Desempenho
- Controle de absenteísmo e rotatividade
- Controle de acidentes de trabalho
- Administração de conflitos trabalhistas
- A identificação do estágio de clima organizacional é medida anualmente por pesquisa de satisfação de todos os funcionários e outra apenas de gestão.

O Plano de Serviços e Benefícios oferecido representa remuneração indireta sendo interpretado como agente maximizador da Remuneração Direta, por preencher necessidades identificadas no orçamento dos funcionários. Também é importante mecanismo de ação para manutenção / implementação da qualidade de vida e do clima de satisfação por atuar associado às necessidades humanas. Os benefícios concedidos pela organização dividem-se em 2 tipos: **Serviços Próprios e Convênios**. Entende-se por **Serviços Próprios** aqueles em que a Organização assume a gestão e o risco de administração do Benefício. Como **Convênios** caracterizam-se os Benefícios oferecidos através de Parceria. A organização apenas atua nas etapas de negociação do benefício, capitalizando e adequando-os às necessidades do Quadro Funcional. São

identificados 5 grupos, de benefícios para ações prioritárias.

SAÚDE: Compreende benefícios ligados à assistência médica ambulatorial, hospitalar e de urgência, geral e especializadas, exames laboratoriais e radiológicos, assistência odontológica e convênios com farmácias, bem como plano de saúde.

ALIMENTAÇÃO: Compreende benefícios como o fornecimento de refeições e/ou lanches durante o horário de trabalho, bem como convênio de auxílio à compra de gêneros, convênios com restaurantes.

SEGURANÇA / PREVIDÊNCIA: Compreende benefícios destinados a amparar o funcionário ou seus familiares nas situações imprevistas, previdência privada, creche.

FINANCEIRO / MATERIAL: Compreende auxílios que resultem em vantagem pecuniária, tais como crédito imobiliário.

TRANSPORTE: Compreende o transporte de funcionários às Unidades vale - transporte, estacionamento

Serviços de apoio às pessoas: Integram as ações institucionais relacionadas a bem-estar e satisfação dos funcionários e dependentes as seguintes, entre outras: associação de funcionários localizada na própria sede; centro de recreação e treinamento, na cidade de Viamão, na Região Metropolitana de Porto Alegre; biblioteca; creche;

vestiários, com fornecimento de toalhas de banho para uso, sem custos; coral e orquestra; refeitório com alimentação subsidiada; postos de atendimento bancário; máquinas de refrigerante; cestas de Natal; serviço médico exclusivo; estacionamento subsidiado; segurança no trabalho, com equipamentos de proteção individual (EPI); e ações permanentes de estímulo à participação no processo de decisões para a obtenção de melhores níveis de desempenho. Estimulam-se, também, ações de recolocação e transferências de funcionários entre setores, com o objetivo de conciliar interesses individuais e Institucionais, constituindo-se em fatores de melhoria de desempenho e/ou promoção.

Monitoramento de Mercado: A organização mantém-se atualizada em relação às práticas de mercado, de concorrentes e demais organizações através de pesquisas de políticas de recursos humanos anual, adquirida por participação em grupo de informações com hospitais de Porto Alegre e por entidades de classe (ABRH) e consultoria externa.

Controle de Padrões de Trabalho: O controle e a verificação de desempenho dos padrões de trabalho associados a qualidade de vida é realizado conforme descrito em 1.2 e seguem os procedimentos que as definem e estão sumarizadas no quadro abaixo.

PRÁTICA	CARACTERÍSTICAS DO CONTROLE	RESPONSÁVEL
Ambiente de Trabalho	▪ Conforme PPRA – versão 1997 com revisão anual - com prioridades através de organograma	Engenheiro de Segurança do Trabalho Técnicos de Segurança do Trabalho
Saúde	▪ Conforme PCMSO, versão 1998 com revisão em 2002	Médico Trabalho Coordenador PCMSO Serviço Médico de Pessoal
Satisfação e Motivação	▪ Conforme Pesquisas de Satisfação com aplicação anual e revisão de metodologia em 1999	Departamento de Marketing DIRT
Benefícios	▪ Conforme Diretrizes do Plano de Benefícios e Normas de Procedimento do Mesmo, com revisão anual	DIRT DAP CARGOS E SALÁRIOS SEÇÃO DE PESSOAL

A aplicação sistemática desses controles tem possibilitado detectar problemas ocorridos e potenciais e implementar melhorias, das quais destacamos:

- Programas para desenvolvimento de treinamentos mensais sobre segurança do trabalho
- Programas de Condições de Trabalho na construção
- Padronização de Exames Médicos
- Curso de preparação para o parto
- Programa de atividade física laboral

b) Aprendizado

No que diz respeito às práticas relativas ao bem-estar e satisfação dos colaboradores, a organização é, a priori, favorecida pela motivação e orgulho natural das pessoas em pertencerem a uma organização de 198 anos de existência e cuja natureza e razão de ser, assistencial e filantrópica, desperta naturalmente sentimentos de nobreza nos serviços e trabalhos prestados. Este fato vêm sendo permanentemente comprovado na pesquisa de satisfação, estruturada.

com 49 perguntas dirigidas para identificação e avaliação destas práticas.

Também, permanentemente, os serviços oferecidos (administração de pessoal, benefícios, creche e serviço médico) submetem-se a pesquisas de satisfação, através das “PESQUISAS DE OPINIÃO DE ATENDIMENTO”, que proporcionam conhecimento imediato dos fatores de satisfação ou não, permitindo a ação.

Os indicadores utilizados na avaliação e melhoria das práticas associadas ao bem estar e a satisfação de pessoas, são principalmente: pesquisa de clima, associadas aos demais indicadores de RH, tradicionalmente utilizados para este fim – absenteísmo, rotatividade, acidentes de trabalho, reclamações trabalhistas - e a pesquisa de opinião de atendimento. É pela análise crítica destas indicações, pelo Marketing e pela DIRT, que a organização pode identificar oportunidades de melhoria e com isto implementar ações de levantamento e correção de processos e procedimentos.

O próprio instrumento de pesquisa vem sendo continuamente modificado e melhorado com base na percepção dos próprios colaboradores, sendo realizados esforços no sentido de homogeneizar seu entendimento. Observa-se, ainda, que desde 1985 a Santa Casa é reconhecida como Hospital–Escola, bem como enfatiza em sua missão o apoio ao ensino e à pesquisa. Estas condições estabelecem na organização condições permanentes de viabilização ao conhecimento e auto-realização.

Cada UGB mantém, ainda, registros formais das reclamações e insatisfações encaminhadas por seus clientes, inclusive colaboradores, sendo que todas são respondidas através de procedimento específico.

Indicadores de desempenho:

- Taxa de reclamações trabalhistas
- Coeficiente de acidentes de trabalho
- Grau de satisfação dos funcionários
- Grau de satisfação dos líderes
- Acidentes biológicos

As principais melhorias implantadas no decorrer do ano de 2001, decorrentes dos ciclos de avaliação e melhoria dos processos referentes à satisfação e bem-estar das pessoas são: oferecimento de Plano de Saúde a custos privilegiados, através de convênio/parceria com a Unimed; plano de assistência odontológica, com a Sobrevi; plano de assistência jurídica, com escritório de advocacia local; planos de financiamento da casa própria e de previdência privada, com valores diferenciados, através de convênios com o Unibanco e a Caixa Econômica Federal; e convênio com o SESI, para utilização dos serviços de Farmácia e Cesta Básica oferecidos por aquela entidade.

P ROCESSOS

6.1 – Gestão de Processos Relativos ao Produto

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Projeto de produtos e de processos de produção

Caracterizando-se como uma organização de prestação de serviços, o produto do hospital é a assistência médico-hospitalar, que ocorre através dos macro-processos descritos na Figura 6.1.1.

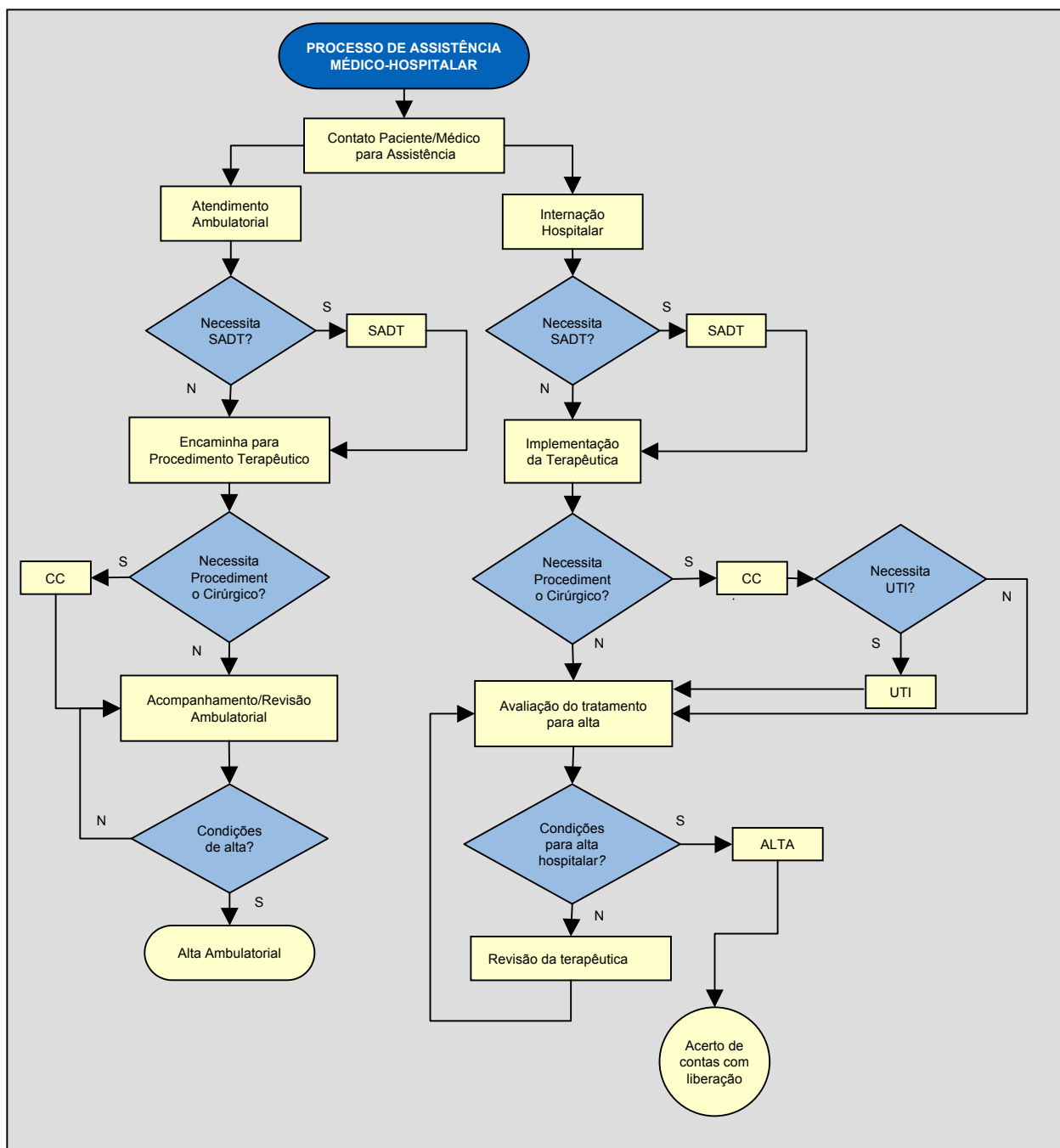


Figura 6.1.1

Em relação a projetos de produtos e serviços e sua introdução no mercado, a Instituição tem se destacado pelo seu pioneirismo e tecnologia na área médico-hospitalar, sendo reconhecida como Instituição de referência no SUS – Sistema Único de Saúde.

Os vínculos com o Ministério da Saúde, como o acreditação nos SIPACs – Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade, a concessão do FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa na Saúde, o credenciamento no CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa, a participação e as contribuições efetivas da comunidade empresarial são indicativos concretos deste diferencial.

Da mesma forma, a existência de convênios com mais de 160 entidades do Sistema de Saúde Alternativo e a demanda crescente de pacientes com opção de escolha, também são indicativos de diferenciação. Destaca-se a conquista de mercado pela execução de dois novos hospitais (Câncer e Transplantes), que materializam um diferencial para os próximos anos.

Gerenciamento dos projetos

O desenvolvimento de projetos de novos produtos/ serviços está sempre alinhado às diretrizes institucionais. São levadas em consideração as necessidades dos clientes e, com isso, identificado o público-alvo do novo serviço. Todos os projetos são precedidos de estudo de viabilidade econômica, através do qual são analisadas suas perspectivas à luz de cenários distintos.

Estas necessidades são identificadas através de pesquisas direcionadas para a potencialidade de mercado. O desenvolvimento de um novo produto, segue os passos da figura 6.1.2

Inicia-se com o levantamento das necessidades dos clientes internos e externos, através da aplicação de uma pesquisa para a definição do novo produto.

Após esta definição, há a especificação do projeto, observando as seguintes etapas:

- Estabelecer objetivos, metas, cronograma, custos operacionais (RH e materiais);
- Descrição dos processos do novo produto;
- Resultado esperado: satisfação dos clientes, produtividade e resultado financeiro;
- Estudo de viabilidade econômico-financeira;
- Encaminhar o projeto para a direção para aprovação.

Se o projeto for aprovado é definida a equipe responsável para execução do mesmo, alinhado às diretrizes institucionais e após liberado para implantação do novo projeto / produto.

Figura 6.1.2

Os projetos são detalhados através de reuniões com equipes intersetoriais, nas quais são analisadas as necessidades identificadas e são definidos os principais requisitos dos produtos/ processos e seus itens de controle, a fim de que as relações sejam ajustadas, para otimizar os processos e evitar problemas futuros. Para cada projeto, é elaborado plano de ação específico (5W2H) e cronograma físico-financeiro, que são acompanhados pela equipe e pela alta direção.

Os requisitos ambientais, de saúde, de segurança e de ergonomia são contemplados através do PCMSO e do PPRA.

As fontes de financiamento também são identificadas previamente, bem como o projeto arquitetônico, quando pertinente.

Para o desenvolvimento de projetos de maior abrangência, são constituídos grupos específicos de profissionais de diversas áreas assegurando desta forma que sejam mantidas as questões de segurança ambientais, saúde ocupacional e ergonomia, seguindo o uso dos padrões preestabelecidos na instituição, os quais são mantidos atualizados, conforme descrito acima, assegurando a transferência das experiências para os novos projetos, como está ocorrendo com o projeto do novo Hospital da Criança Santo Antônio e como foi concluído o projeto do Hospital Dom Vicente Scherer (Centro Clínico e Centro de Transplantes).

Os indicadores de monitoramento do processo de projetos estão associados ao seu cronograma físico-financeiro (prazos e gastos), além da observância de suas especificações.

Os seguintes aspectos relevantes são considerados no projeto de novos serviços: atendimento a requisitos básicos dos clientes e mercado, alinhamento com princípios e valores da Instituição, foco no cliente, otimização de processos, ênfase em padronização, entre outros. A validação final dos projetos, para sua execução, é dada pela Direção Executiva, que participa de seu desenvolvimento.

A existência na Instituição de programas de transplantes de órgãos, hospitais especializados, realização de procedimentos médicos de alta complexidade e custo, com técnicas tradicionais ou invasivas e através de vídeo, e a constante atualização de equipamentos, permite acompanhar, e até mesmo antecipar, necessidades e/ou alternativas assistenciais. Estas ações são decorrentes da própria natureza e Missão da Instituição, apoiada no ensino e na pesquisa.

Exemplos dessa conjugação de pesquisas clínicas e epidemiológicas, análise de mercado e de modelos assistenciais, estratégias de saúde e busca da qualidade em serviços, são os projetos recentemente desenvolvidos: novos ambulatórios de oftalmologia e otorrinolaringologia, serviço de urodinâmica, Laboratório de Patologia, transplante de medula óssea, criação do banco de córneas, Serviço de Medicina Nuclear, Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, novo ambulatório de transplantes, readequação do centro de cirurgia ambulatorial, buscando novos mercados. Outro exemplo é o projeto do novo serviço de emergência cardiológica, alinhado à necessidade de diminuir a mortalidade por infarto agudo do miocárdio e à estratégia de aumentar a captação de pacientes para o Hospital São Francisco; além de considerar todos os aspectos citados, foi precedido de visita a um centro de excelência nesta área.

Macro Fluxo – Desenvolvimento de novos produtos (figura 6.1.3)

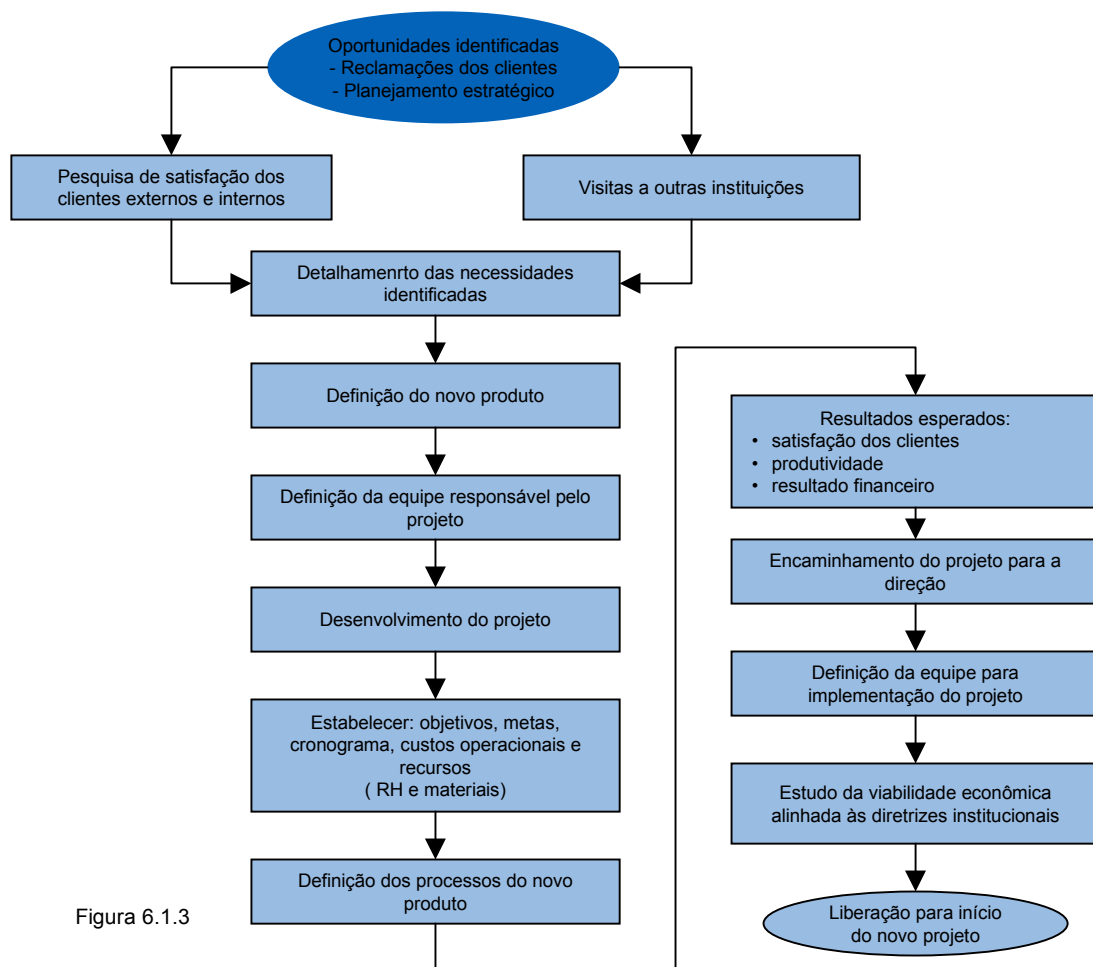


Figura 6.1.3

Os projetos desenvolvidos na área clínica consideram, ainda, os processos e a performance dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, das áreas de apoio operacional e administrativo, inclusive quanto ao processo de recepção e atendimento aos clientes, hotelaria, aspectos financeiros e de engenharia, constituindo-se no que se denomina Dinâmica Assistencial.

Os projetos, na sua maioria, caracterizam-se pela criação ou modificação de serviços médico-assistenciais, cuja análise e aprovação passam pela definição de metas físico-financeiras, a serem alcançadas em determinado prazo.

Após o início de funcionamento dos serviços, a efetividade do projeto é criticamente analisada nos níveis de UGB e UGA, Grupo das Diretrizes e Direção Executiva, conforme já citado.

Gerenciamento dos processos de produção

Concluída a fase de projeto, a operacionalização da assistência médico-hospitalar requer a existência de planos e rotinas das condutas diagnósticas e terapêuticas.

Estes fazem parte do próprio processo de ensino e pesquisa na área médico-hospitalar, sendo objeto de publicações e livros editados pela Instituição e pelo corpo clínico.

O gerenciamento dos processos institucionais, em

termos orgânicos e funcionais, tem no Gerenciamento da Rotina o instrumento básico.

Na área de infra-estrutura, para garantir o apoio a todas as áreas de prestação de serviços diretos ao cliente usuário, todos os setores têm implementado ações para o desenvolvimento do GR.

A existência de fluxogramas, rotinas e racional distribuição de tarefas, nas quais os responsáveis pelos processos são claramente identificados, permite o acompanhamento dos níveis de qualidade e produtividade dos serviços, com a utilização de diversos indicadores hospitalares tradicionais. O sistema de avaliação e melhoria dos processos de produção assistencial já foi mencionado no item 1.2. A padronização dos processos é expressiva, e o sistema de registro está sendo progressivamente reformatado para o modelo de POP – Procedimento Operacional Padrão, com ênfase para os processos críticos de áreas assistenciais.

O POP é a descrição de atividades, passo a passo de uma tarefa ou procedimento, definindo a ação, listando os materiais e as condições necessárias para a execução daquela tarefa, local para aplicação e ou utilização do POP, devendo constar também o local para o registro desta tarefa, identificando ainda os responsáveis pela execução do referido procedimento, listar as referências bibliográficas, resultado esperado, ações corretivas, data da elaboração, revisão anual,

revisores, uso de EPI e a quantidade de cada material utilizado, garantindo assim a padronização e permitindo a avaliação dos custos de cada procedimento para comparar com a respectiva receita.

Consiste em um documento controlado com data para atualização, área responsável pela elaboração, revisão e profissionais que irão utilizá-los. O mesmo é consensado e avaliado antes de sua formatação final com a assessoria técnica e o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar), para validação das informações contidas no POP.

Após, o documento é encaminhado para todos os serviços afins e UGBs assistenciais nas quais o POP será aplicado. Nas UGBs é realizado treinamento com toda equipe funcional para capacitação e aplicabilidade do mesmo.

Como exemplos de protocolos e rotinas existentes, pode-se citar: manual e fluxos da Emergência e Pronto Atendimento Adulto; fluxos de realização de consultas eletivas, serviço cirúrgico ambulatorial, solicitação e realização de exames, rotinas do pré-natal e da admissão na maternidade, manuais técnicos e administrativos da área de enfermagem, PINC, PRODENF, nutrição e serviço social, manuais de rotinas de anestesiologia, terapia intensiva, pediatria, neonatologia, unidade de internação obstétrica, atendimento a gestantes de alto risco, controle de infecção puerperal, seguimento de pacientes com doença trofoblástica, atendimento para pacientes com malária, normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno, sistema de padronização de medicamentos e materiais de uso médico-hospitalar, protocolos para a realização de transplantes e de cirurgias cardíacas, rotinas para realização de exames laboratoriais, do Banco de Sangue, de imagenologia, radiológicos e endoscópicos.

Como exemplo de inovação nos processos, obtida a partir do resultado de sua análise crítica, é citada a instalação do tubo pneumático do Laboratório Central. O aparelho permitiu a substituição do sistema de envio

das amostras para análise no laboratório e emissão dos laudos de resultados dos exames, que hoje ocorre praticamente em tempo real; outros exemplos são: prescrição eletrônica, gestão clínica com projeto piloto no HDVS, SAP/R3, sistema de gestão integrado atendendo às áreas financeira e de materiais, sistema de centros cirúrgicos, de internações e de faturamento. Mais um exemplo de inovações nos processos é o projeto de telerradiologia e telemedicina, o qual, na fase inicial, disponibilizará as imagens e os dados diagnósticos (radiologia, laboratório, medicina nuclear, patologia) na rede de computadores para a realização do diagnóstico a distância, ou para consulta das mesmas diretamente pelas unidades assistenciais.

Na área médico-assistencial, há análise crítica específica das equipes médicas, denominada de *rounds*, reuniões clínicas, nos quais são avaliados os casos e as condutas clínicas com o objetivo de melhorar e aperfeiçoar os procedimentos, bem como homogeneizar conhecimentos.

Procedimentos similares são realizados pelas demais áreas assistenciais: enfermagem, nutrição, fisioterapia e SADTs – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento.

Em uma visão macro, a estrutura funcional da Instituição (vide organograma funcional), caracterizada como um complexo hospitalar com sete unidades, permite o eficaz compartilhamento entre os hospitais dos serviços de apoio técnico, operacional e administrativo, os quais representam importante parcela dos custos operacionais e das necessidades de investimentos, e, desta forma, são otimizados pelo ganho de escala e padrões de utilização da capacidade instalada.

A Instituição conta com o Comitê de Ética em Pesquisa, o qual tem como objetivo receber, avaliar e acompanhar os projetos em pesquisa com seres humanos.

Os principais processos da Instituição são:

Processos	Descrição Sumária
Assistência ambulatorial - consultas	Modalidade de assistência em que o cliente é atendido em consultório, sem necessidade de internação hospitalar, ou seja, sem necessidade de ocupar um leito hospitalar
Serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento	Processo através do qual o cliente é atendido para coleta (ou entrega) de material biológico destinado à realização de exame especializado, e/ou para procedimento, com a finalidade de apoiar tecnicamente o diagnóstico e/ou tratamento
Assistência hospitalar - internações	Modalidade de assistência precedida da internação (admissão) do cliente em um leito hospitalar, para permanência igual ou superior a 24 horas, com a finalidade de diagnóstico e/ou tratamento
Procedimentos cirúrgicos	Modalidade de assistência com a finalidade de tratamento ou procedimento cirúrgico, podendo ser de ambulatorio ou através de internação hospitalar
Procedimentos obstétricos	Modalidade de assistência com a finalidade de tratamento ou procedimento obstétrico, podendo ser de ambulatorio ou através de internação hospitalar

Como exemplo de melhoria recente no processo de assistência hospitalar - internações, pode-se citar a criação da APOA – Avaliação Pré-operatória Ambulatorial, com o objetivo, entre outros, de diminuir a taxa de suspensão de cirurgias e, por consequência, melhorar utilização das salas cirúrgicas, com diminuição do tempo de espera dos pacientes para realização de sua cirurgia.

Controle dos padrões e práticas

Relativamente aos processos de projetos, o principal indicador utilizado é a observância de cumprimento dos prazos previstos no respectivo cronograma. As facilidades/dificuldades identificadas no desenvolvimento de um projeto são consideradas na etapa de avaliação do mesmo e, absorvidas como conhecimento, são incorporadas em novos projetos.

Esta avaliação é feita ao final de todos os projetos, sob a responsabilidade do seu coordenador do projeto e/ou do gerente da área contemplada.

O estabelecimento dos principais padrões de trabalho (ver item 1.2) para a gestão de processos relativos aos produtos e serviços prestados pela Instituição está contido no Gerenciamento da Rotina das UGBs assistenciais e se caracteriza como segue:

- Registro do contexto funcional – produtos e serviços, clientes e suas necessidades, itens de controle e metas, e missão de cada UGB assistencial.
- Macrofluxograma da UGB assistencial.
- Procedimentos operacionais padrão (instruções de trabalho) dos principais processos (processos críticos).

As ações corretivas são implementadas conforme descrito em 1.2.

Os principais indicadores e informações utilizadas são os resultados das pesquisas junto aos clientes (pacientes e acompanhantes), em termos de sua satisfação ou insatisfação. Também são considerados os indicadores de efetividade dos produtos e processos assistenciais: volumes assistenciais, média de permanência, suspensão de cirurgias e taxa de mortalidade. A verificação do cumprimento dos padrões relativos à saúde e segurança ocupacionais, à ergonomia e aos riscos ambientais é feita através de indicadores (por exemplo: taxa de realização de exames periódicos) e cronogramas de aplicação do PPRA, do Serviço Médico de Pessoal.

A implementação de ações decorrentes da comparação com os padrões de trabalho também ocorre no dia-a-dia das UGBs assistenciais, através do Gerenciamento da Rotina. Como exemplos de ações, pode-se citar os treinamentos realizados nas áreas assistenciais, para a melhoria da execução de padrões de atendimento aos clientes, considerando os aspectos técnicos e comportamentais.

O gerenciamento dos processos e o controle do cumprimento dos padrões de trabalho são feitos no dia-a-dia nas UGBs assistenciais, pelos responsáveis, através de instrumentos (folhas de verificação) específicas para cada item de controle, ou pela gerência da UGA; mensalmente, os dados são consolidados no RAAICM das áreas responsáveis pelos processos, ocasião em que é feita a comparação com os padrões. No caso de identificação de problemas, as ações decorrentes são implementadas através da discussão das causas e da elaboração de plano de ação (5W2H) pela equipe da unidade.

6.2 – Gestão de Processos de Apoio

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Identificação das necessidades dos processos de apoio

Os processos de apoio são desenvolvidos a partir

b) Aprendizado

A avaliação dos processos relativos ao produto é feita especialmente pela efetividade dos processos de produção, representada pelos resultados obtidos, tanto no que se refere a indicadores assistenciais, econômico-financeiros (DAE) e de satisfação dos clientes.

Esta avaliação é realizada nas UGBs e UGAs, mensalmente, quando da análise crítica do Gerenciamento da Rotina, para o acompanhamento dos itens de controle e avaliação de metas não alcançadas, com elaboração de plano de ação para melhorias. Corporativamente, a avaliação da gestão de processos relativos ao produto é feita pelo Grupo das Diretrizes, com frequência mínima mensal.

Os principais indicadores utilizados para essa avaliação estão mencionados na figura 2.3.3 (coluna "Principais indicadores corporativos"), no que se refere a grau de satisfação dos clientes e indicadores assistenciais (capacidade instalada e produtividade).

Outro mecanismo de avaliação dos processos relativos ao produtos são as supervisões realizadas por representantes dos convênios contratantes dos serviços, os quais compreendem desde a autorização da realização do procedimento, como as próprias condutas adotadas, além de seu resultado final. Na área da pesquisa, pode ser destacada melhoria de processo implementada, através da criação da Unidade de Apoio à Pesquisa, constituída como uma UGB.

As melhorias ou inovações são implementadas sob liderança das UGAs e UGBs assistenciais, contando com o apoio de outras UGBs da Instituição, quando necessário (Engenharia, Informática, Materiais, Treinamento). Como exemplos, podem ser citadas as rotinas de atendimentos dos pacientes na emergência cardiológica e a agenda on-line para marcação de consultas.

No atendimento aos pacientes na emergência cardiológica são utilizados protocolos que visam uniformizar as condutas e possibilitar a agilização do diagnóstico e tratamento, sob orientação do serviço de cardiologia.

A utilização da agenda on-line para a marcação de consultas oportunizou, de forma pioneira na Instituição e no meio externo, o acesso dos clientes às agendas através do uso da Internet, acompanhando desta forma, a tendência mundial de mercado, aumento da captação de clientes de convênios e particulares e auxiliando no alcance das metas físicas e econômico-financeiras.

da necessidade das áreas assistenciais, provocadas pela constante necessidade de atualização e modernização das mesmas. Como exemplo, podem ser

lembrados os projetos dos novos Hospitais (Dom Vicente Scherer e Santo Antônio), cujos grupos de diversos serviços desenvolvem seus projetos para atender às novas demandas.

Na figura 6.2.1 estão apresentados os principais processos de apoio.

PROCESSOS DE APOIO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	PRINCIPAIS INDICADORES
DIVENG	<ul style="list-style-type: none"> Manter a infra-estrutura de subsistência do Complexo Hospitalar, buscando de forma integrada a sua modernização. 	Taxa de devolução de roupas (das unidades); Índice de conclusão de serviços no prazo/obras; Índice de manutenção programada realizada; Índice de conclusão de serviços no prazo manutenção e fabricação.
DARM	<ul style="list-style-type: none"> Suprir as necessidades dos nossos clientes internos com produtos e serviços, a baixo custo, em tempo hábil, na qualidade e quantidade esperada, assegurando a continuidade operacional da Instituição. 	Taxa de ordens de compras atendidas no prazo; Idade média dos estoques; Taxa de acuracidade dos estoques; Giro dos estoques.
DAP	<ul style="list-style-type: none"> Gestão de Pessoas: Fixação, satisfação, capacitação, captação, seleção, acompanhamento, desenvolvimento, remuneração, reconhecimento, avaliação de desempenho, qualidade de vida e benefícios. 	Taxa de Absenteísmo; Taxa de Rotatividade; Evolução Remuneração Média; Tempo Médio de Recrutamento.
DIVFIN	<ul style="list-style-type: none"> Maximizar os recursos econômico-financeiros da Instituição, através do gerenciamento do fluxo monetário e de sistemas de informação e comunicação. 	Geração Líquida de Caixa Positiva; Prazo Médio de Recebimento de Contas; Prazo Médio de Pagamento de Contas; Prazo de Emissão de DAE diário; Índice de Variação dos orçamentos
MARKETING	<ul style="list-style-type: none"> Conquistar e manter clientes para a Instituição, encantando-os e satisfazendo suas necessidades e desejos. 	Crescimento Consultas; Crescimento Internados; Crescimento de Exames; Nº de Eventos Científicos Auto-sustentados; Indicação não médica/consulta; Indicação não Médica Internados.
DND	<ul style="list-style-type: none"> Assistência nutricional; Produção e distribuição de alimentação. 	Taxa de pacientes diferenciados; Taxa de registro de débitos corretos; Taxa de registro do procedimento dietoterápico
CEDOP	<ul style="list-style-type: none"> Receber, classificar, organizar e manter os prontuários médicos e exames em condições de disponibilizar as informações neles contidas, aos médicos, pesquisadores, pacientes, familiares bem como para fins jurídicos. 	Índice de prontuários fornecidos para pesquisa médica; Índice de prontuários fornecidos em tempo certo; Taxa de prontuários fornecidos para agendas de consultório; Índice de prontuários atendidos extra-convênios ou extra-SUS; Taxa de utilização de títulos de revistas; Índice de exposições realizadas.

Figura 6.2.1

As áreas de apoio administrativo e operacional seguem o modelo das áreas assistenciais, no que se refere à gestão de processos, com satisfatórios níveis de organização e desempenho, avaliados através dos indicadores de produção e de satisfação dos clientes, usados para análise crítica do desempenho e da melhoria dos processos.

Todas as áreas da Instituição desenvolvem o Gerenciamento da Rotina, inclusive as áreas de apoio. Neste, está implícita a revisão e a definição da razão da existência de cada serviço, quem são seus clientes, suas necessidades e/ou requisitos, produtos e serviços que os satisfaçam, itens de controle e metas, como já citado.

Mensalmente acontece um seminário aberto a toda equipe funcional e corpo clínico, onde mediante um cronograma pré-estabelecido, são convidadas UGAs ou UGBs para apresentação de seus serviços, bem como de seus resultados e as ações por elas desenvolvidas, com o objetivo de benchmarking interno. Nestes seminários também é feita a análise crítica dos resultados institucionais do último mês, para que os líderes multipliquem aos seus colaboradores as informações, enfocando o resultado de sua UGA e UGBs.

A avaliação do seminário é utilizada no processo de aprendizado e através deste introduz-se melhorias no mesmo. A duração do seminário foi progressivamente diminuída em função da preferência dos participantes por eventos com menor tempo de

duração.

Estabelecimento dos requisitos dos processos de apoio

As necessidades dos clientes, dos mercados e da sociedade, relativos aos produtos, serviços e processos da Instituição, são identificadas e consideradas nos padrões de trabalho das áreas de apoio, através da sua relação de fornecedora para as áreas assistenciais (clientes internos). Através do resultado das pesquisas intersetoriais, com frequência anual e envolvendo a totalidade das UGBs, é avaliado o grau de satisfação dos clientes internos usuários dos serviços de apoio e são revisados os seus requisitos em relação a esses processos; esses requisitos são considerados pelos fornecedores internos (UGBs da área de apoio), quando da avaliação do desempenho de seus processos. Exemplos de melhoria em implantação, decorrente de análise crítica conjugada com necessidades de clientes internos, é o projeto de leitura por código de barras na separação de medicamentos e materiais médico-hospitalares, o grupo de roupas, transporte, padronização de medicações e farmácia.

Estas necessidades também são identificadas através de análise do mercado externo, novos produtos oferecidos em nível nacional e internacional, participação em eventos e benchmarking.

Gerenciamento dos processos de apoio

Todas as áreas possuem rotinas estabelecidas para os processos-chave, com fluxogramas e manuais

implantados. As ações de revisão para melhoria são permanentemente estimuladas, havendo um importante apoio de informática e automação.

É política institucional obter autonomia na maior parte dos serviços de apoio necessários ao desenvolvimento da assistência médico-hospitalar. Como exemplo, é citada a existência de farmácia industrial, de marcenaria, de serralheria, de serviços de engenharia em geral, de serviço de costura, de setor de engenharia biomédica para manutenção de aparelhos e equipamentos, de serviço de obras civis, etc. A aquisição de serviços de terceiros é mínima e ocorre somente nas áreas nas quais a viabilidade econômica e funcional como serviço próprio não é satisfatória. A análise crítica do desempenho das áreas de apoio é realizada juntamente com as demais, nos diferentes níveis: UGBs, UGAs e corporativo.

Controle dos padrões de trabalho

Conforme já foi mencionado anteriormente, todas as UGBs realizam anualmente pesquisa de satisfação de seus clientes usuários, que constitui outro indicador comum a todas elas. O estabelecimento dos principais padrões de trabalho (ver 1.2) para a gestão de processos de apoio está contido no Gerenciamento da Rotina das UGBs de apoio (administrativo, técnico e operacional), da mesma forma que as UGBs assistenciais, e as ações corretivas são implementadas conforme descrito em 1.2.

b) Aprendizado

A avaliação e a melhoria na gestão dos processos de apoio seguem procedimentos similares

aos das áreas de produção, isto é, observando-se os níveis de padronização existentes e os resultados efetivos das áreas de apoio administrativo e operacional, monitorizados através de seus itens de controle do Gerenciamento da Rotina.

A análise crítica mensal do desempenho de cada UGB, sempre que há metas não alcançadas, remete para diferentes análises de causas, entre elas a revisão dos processos praticados. Nas análises críticas, também há o destaque para os processos com melhores resultados, constituindo-se como referenciais internos.

Os principais indicadores utilizados para a avaliação da gestão dos processos de apoio estão mencionados figura 6.2.1. Também para essa avaliação, todas as UGBs utilizam o item de controle institucional "Grau de satisfação do cliente interno", resultado da pesquisa de opinião/satisfação realizada por todas as UGBs, anualmente, sob a responsabilidade do gerente da UGB.

As melhorias ou inovações são implementadas sob liderança das UGAs e UGBs de apoio, contando com o apoio de outras UGBs da instituição.

Como exemplo de inovações ou melhorias decorrentes da avaliação dos padrões de trabalho, pode-se citar a substituição dos sistemas de informática das áreas de suprimentos, o novo padrão de demonstrativos de análise econômica disponibilizado através da intranet e o novo modelo de distribuição de roupas implantado no HDVS.

6.3 – Gestão de Processos Relativos aos Fornecedores

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

A Instituição possui cerca de 1.300 fornecedores de bens e serviços cadastrados, os quais estão reunidos por famílias ou grupos de produtos. O DARM gerencia os processos de seleção e qualificação de

fornecedores, compra, recebimento, armazenagem, distribuição, consumo e *Follow-up*.

O processo de qualificação e seleção, tem como regra, critérios básicos para sua homologação, conforme tabela abaixo:

PRINCIPAIS FAMÍLIAS	CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO E QUALIFICAÇÃO
Medicamentos/Materiais Uso Médico/Órtese & Prótese.	<ul style="list-style-type: none"> • Certificação Iso • Certificação Boas Práticas Fabricação Produtos • Alvará Vigilância Sanitária • Certificação do Conselho Regional Farmácia • Autorização Funcionamento no D.O.U. • Laudo Analítico para Órtese & Prótese • Registro Ministério da Saúde
Reagentes	<ul style="list-style-type: none"> • Certificação Iso • Certificação Qualidade Processo Produtivo
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Registro Ministério Saúde • Registro Portaria 326 – Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde • Registro na Secretaria Estadual Saúde: APCC – Análise de Pontos Críticos de Controle (Inspeção Sanitária) • Registro Dinal

Inclui-se ao processo de Seleção, qualificação e homologação, a participação direta das áreas beneficiárias, através do CPP (*Comitee Partake Purchase*). Este comitê é composto por técnicos responsáveis pela avaliação, definição e acompanhamento dos produtos e serviços padronizados na Instituição, os quais tem por missão proporcionar ao DARM condições na busca de alternativas, visando sempre a relação custo/benefício.

Uma vez contratado o material/serviço, é emitido o documento “Pedido de Compra”, onde o fornecedor tem as informações de quantidade, custo e prazo para entrega, os quais são requisitos para sua pontuação. Estes requisitos são assegurados através do controle efetuado no posto avançado do Departamento de Compras, onde os mesmos são monitorados preventivamente, conforme seu histórico de desempenho (*follow-up*).

Esse acompanhamento permite avaliar indicadores que comprovem a vantagem competitiva da Santa Casa com a concorrência, fruto da exploração da potencialidade da Instituição.

Os principais indicadores de desempenho estão classificados em:

- Requisitos – qualidade, custo contratado, segurança, entrega no prazo, quantidade;
- Verificadores - Inspeção no Recebimento e na Área Solicitante, Avaliação na Fonte Fornecedora, Conformidade com o Pedido de Compra.
- Indicadores – *Follow-up*, Índice de Rejeição.

O Gerenciamento da Rotina é a ferramenta institucional utilizada para acompanhamento e comparação do desempenho. Através dele é possível identificar os resultados e, se for o caso, implementar ações corretivas.

O atendimento aos requisitos e a informação de desempenho dos fornecedores se efetiva através do sistema informatizado SAP/R3. O sistema permite pontuar os diversos fornecedores da Organização, nos critérios de excelência (custo, entrega e quantidade). Aquele que apresentar, no final de cada trimestre, pontuação inferior a 80 pontos, em uma escala de 100 possíveis, é convidado, pelo setor de compras, para avaliar as causas e desenvolvimento de plano de ação.

As informações de desempenho estão disponíveis aos fornecedores no posto avançado do Departamento de Compras, junto à Central de Recebimento, local onde os mesmos poderão obter sua pontuação atualizada, inclusive com índice de verificação para acompanhamento da busca das pontuações.

O novo modelo de comunicação de desempenho de fornecedores, estabelecido recentemente, já evidencia ganhos importantes no comprometimento dos mesmos, na qualificação dos quesitos, quantidade e prazo de entrega, uma vez que o controle é executado no posto avançado do Compras, melhorando e estreitando a relação de efetivação de controles, confirmados através do item “Ordens de Compras

Atendidas no Prazo”, pertinente ao Gerenciamento da Rotina do Departamento de Compras.

A centralização, através do DARM, dos contatos com os fornecedores propicia o estreitamento das relações comerciais entre as empresas, objetivando, além da racionalização dos processos, um canal mais rápido e eficaz para a divulgação das estratégias institucionais, conjugando os interesses comerciais.

Os canais de comunicação utilizados para o relacionamento com fornecedores, como Internet (e-mail), fax, telefone, visitas, permitem a troca de informações de forma rápida e eficaz. Além destes, o dia do Benchmarking, e as reuniões periódicas com as lideranças dos principais fornecedores, permitem a venda de projetos, divulgar as Diretrizes Institucionais, demonstrar as potencialidades da Casa, despertando, dessa forma, o interesse das empresas para o estreitamento das relações comerciais com a Instituição.

As informações veiculadas são as mais diversas: Diretrizes institucionais, novos projetos, solicitação de orçamentos, catálogos, informações técnicas, novos produtos, solicitação de visitas às áreas técnicas, contatos com órgãos anuentes para liberação de importações, orientação de embarque - no caso de produtos importados - procura de novos fornecedores.

A política de compras através de parcerias prioriza o desenvolvimento comercial direto com os fabricantes, eliminando intermediários. Conseqüentemente esses fornecedores possuem prioridade no desenvolvimento de parcerias estratégicas de médio e longo prazo, utilizando-se a Instituição tão somente dos distribuidores para aquisições imediatas (políticas de curto prazo) ou para provocar a vinda do fornecedor fabricante para a negociação.

A busca de minimização dos custos relativos à fornecimento é constante. Por meio da prática de parcerias, o DARM tem inovado nos processos de planejamento e aquisição de materiais e serviços. Explorando a potencialidade e representatividade da Instituição no meio hospitalar, desenvolve negociações objetivando reduzir o número de fornecedores, concentrando, dessa forma, maior volume de compras em poucos fornecedores, gerando atratividade. Além disso, a concentração proporciona a redução de custos operacionais, financeiros (giro de estoque, adequação ao orçamento, estoques consignados, número de equipamentos e redes por comodato), a garantia da qualidade do material comprado (índice de rejeição) e o aumento da padronização.

O elevado grau de padronização dos itens de consumo e serviços na Santa Casa (aproximadamente 84%) oportuniza manter contratos de parceria com os fornecedores representativos de mais de 90% dos produtos e serviços padronizados e adquiridos de forma regular. Isso possibilita a obtenção de preços e condições de pagamento diferenciados em relação ao mercado hospitalar (custo de matérias e medicamentos por leito hospitalar), bem como programação e segurança de fornecimento, tanto em termos de prazos

e quantidades como de especificações técnicas (certificações).

Vários fornecedores investem na Instituição na realização de eventos técnico-científicos, geração de materiais promocionais e outras publicações. Outro exemplo das parcerias na minimização de custos da Instituição é a existência de contratos de comodato (equipamentos de laboratórios, depósitos e rede de gases medicinais, bombas de infusão, equipamentos de videolaparoscopia).

É intenção da Casa o desenvolvimento de relações robustas e duradouras com seus fornecedores. Para alcançar o objetivo, mantém contatos sistemáticos com os principais fornecedores de produtos e serviços, objetivando divulgar os projetos e diretrizes da Instituição, oportunizando-lhes o engajamento nos projetos institucionais como, por exemplo, o investimento de empresas como White Martins e Air Liquid em redes e pontos de gases num investimento de aproximadamente R\$ 3.000.000,00.

A garantia da manutenção dos padrões de trabalho das práticas de gestão ocorre por meio dos itens de controle específicos (custo, entrega, qualidade) do Gerenciamento da Rotina do DARM.

Os principais indicadores utilizados são: adequação ao orçamento, giro de estoque, índice de rejeição, adequação ao orçamento, custo por leito hospitalar em comparação com a concorrência, índice de itens atendidos no prazo, percentual do DARM nos custos totais, etc.

As medidas corretivas tem por base a avaliação diária dos itens do Gerenciamento da Rotina e dos índices econômicos e são implementadas através de reuniões com as partes envolvidas, sejam elas de áreas técnicas da Instituição, Comissão de Padronização, Divisão Financeira e fornecedores.

6.4 - Gestão Financeira

a) Definição, Execução e Controle das Práticas de Gestão

Gestão financeira como suporte às estratégias e planos

As estratégias e os planos de ação da organização são desenvolvidos conforme descrito no critério 2, em cujas definições estão incluídas as necessidades de recursos. A gestão financeira é realizada sob liderança da Divisão Financeira.

Uma das principais ferramentas de Gestão Financeira utilizada pela Instituição como sustentação das estratégias e dos planos de ação é o Planejamento Orçamentário.

O Planejamento Orçamentário da Instituição é elaborado de forma participativa, a exemplo do Planejamento Estratégico e do Gerenciamento pelas Diretrizes.

As UGAs e UGBs propõem as metas orçamentárias de produção e econômicas para os meses do ano civil, com base em metodologia definida

b) Aprendizado

A avaliação e a melhoria na gestão dos processos relativos a fornecedores segue procedimentos similares ao descrito no item 6.1, isto é, observando-se os níveis de padronização existentes e os resultados efetivos das UGBs do DARM, monitorados através dos seus itens de controle do Gerenciamento da Rotina.

A análise crítica mensal do desempenho de cada UGB, sempre que há metas não-alcançadas, remete para diferentes análises de causas, entre elas, a revisão dos processos praticados. Nas análises críticas, também há o destaque para os processos com melhores resultados, constituindo-se como referenciais internos.

Os principais indicadores de desempenho são os já mencionados no tópico “a”.

Consequência destas avaliações são as inovações e melhorias recentemente implantadas, destacando-se:

- Implantação do sistema de gestão de materiais integrado à área financeira, possibilitando o gerenciamento integral de todos os processos relacionados com materiais;
- Contagem cíclica dos estoques, possibilitando correções imediatas de eventuais diferenças;
- Compra através de parcerias, reduzindo custos operacionais e financeiros;
- Compra Participativa (CPP): agrega ao processo de compra a parceria com as áreas técnicas internas, comprometendo-as no processo de aquisição;

pela Instituição, observando as diretrizes e os planos de ação pertinentes.

Após a consolidação das metas orçamentárias, realizadas pela Controladoria, o Grupo das Diretrizes avalia a suficiência do Planejamento Orçamentário, propondo os ajustes necessários.

O acompanhamento do Planejamento Orçamentário é realizado no decorrer de cada mês pelas UGBs e durante o processo de análise crítica pelas UGBs e Grupo das Diretrizes, mensalmente. O Planejamento Orçamentário também é acompanhado pela Controladoria, constantemente, disparando um alerta àquelas UGBs que estão apresentando resultados abaixo da meta estabelecida, para as devidas correções de rumo.

Os projetos de investimentos de capital necessários à execução dos planos e estratégias são aprovados após estudos de viabilidade econômica que

o atestam como viável. Os estudos de viabilidade são realizados pela UGB responsável pelo investimento, com apoio da Divisão Financeira e com decisão final da Direção Executiva. Após, estes projetos são acompanhados pelos responsáveis, também, com apoio da Divisão Financeira, analisando o retorno e o resultado esperado com o realizado, sendo feitas as correções, quando necessário.

Além do controle das UGBs, o consumo de materiais é acompanhado diariamente pela área de materiais (DARM), com apoio do Sistema ERP, sinalizando as que estão com consumo acima do orçado até aquela data, sendo desencadeados os encaminhamentos necessários à manutenção dos tetos orçamentários. Toda a UGB que atinja no decorrer do mês o teto de consumo para aquele mês, tem seu fornecimento bloqueado pelo DARM até que justifique a situação.

O planejamento financeiro está integrado ao planejamento orçamentário corporativo e no dia-a-dia é detalhado, acompanhado e ajustado pela Seção Financeira.

O grau de aplicação da gestão financeira pode ser evidenciado em toda a Instituição através do uso do Planejamento Orçamentário, inserido no processo de Gerenciamento da Rotina.

Na elaboração dos planos de ação, que necessitarão investimentos financeiros pela Instituição, são feitas análises de riscos baseadas no grau de probabilidade de consecução do retorno e do resultado esperado, considerando-se os limites de variação que serão aceitos. Para isso, são observados os indicadores constantes dos projetos e dos estudos de viabilidade econômica. A decisão sobre o grau de risco é feita pela área que será a patrocinadora do investimento, a Divisão Financeira e a Direção Executiva. De acordo com o vulto do investimento, também são envolvidas a Provedoria e a Mesa Administrativa. Como prática de minimização de riscos, a Instituição utiliza a diversificação dos investimentos, observando, sempre, a melhor combinação entre liquidez, rentabilidade e segurança, tanto para os investimentos financeiros como para os investimentos de capital.

Captação e aplicação de recursos financeiros

As aplicações no ativo da Instituição são selecionadas de acordo com o trinômio liquidez x rentabilidade x segurança, observando o alinhamento com as estratégias e com o negócio.

A seleção das melhores opções de captação de recursos financeiros (recursos próprios, extraordinários ou de terceiros), ocorre levando-se em consideração o montante e a finalidade dos recursos (se para custeio ou para investimento de capital), o prazo da operação, os custos de captação e as garantias exigidas.

As necessidades de recursos financeiros decorrentes das estratégias e dos planos de ação da organização estão contidas no planejamento orçamentário corporativo, tanto em termos de custeio operacional como investimentos de capital.

Financiamento das operações

O financiamento das operações da organização tem sido viabilizado com recursos próprios, de terceiros e extraordinários. Este último é representado por doações da sociedade e por alienação de ativos (alinhado com a terceira diretriz institucional).

Os resultados econômico-financeiros são administrados em vários níveis da instituição. Metas de lucratividade são acompanhadas mensalmente pelas UGAs, UGBs, Divisão Financeira e Grupos das Diretrizes. As metas de geração líquida de caixa, prazo médio de recebimento e de pagamento, endividamento, capital de giro, liquidez, bem como do nível desejado de caixa são controlados pela Divisão Financeira em prazos que variam de acordo com a necessidade do acompanhamento.

O acompanhamento dos projetos de investimentos, tendo em vista os valores projetados nos estudos de viabilidade econômica, é feito pelas UGBs, com apoio da Divisão Financeira, observando as metas estabelecidas nos projetos.

Controle dos padrões das práticas

As práticas de gestão e os padrões de trabalho são verificadas através do Gerenciamento da Rotina de todas as UGBs. As ações decorrentes da comparação dos resultados alcançados com os preestabelecidos são executadas no dia-a-dia das UGBs e da DivFin, como, por exemplo, os ajustes no fluxo de caixa, as renegociações de aplicação e captação de recursos, a postergação de pagamento ou antecipação de recebimentos, a agilização dos processos de faturamento, entre outras.

Os responsáveis por esse acompanhamento são os líderes de UGBs, UGAs e divisões. A partir da avaliação dos resultados, são desencadeados planos de ação, objetivando redirecionar os resultados indesejados.

Os principais indicadores monitorados são:

- Pontuação de metas atingidas das UGBs
- Taxa de adequação ao limite de custos
- Índice de Resultado Econômico
- Índice de adequação das taxas de captação e aplicação ao mercado.
- Taxa de cumprimento do prazo de conclusão do Planejamento Orçamentário
- Taxa de adequação da Geração Líquida de Caixa Planejada
- Taxa de recebimento e de contas a receber no vencimento
- Índice de contas faturadas no prazo

b) Aprendizado

A avaliação das práticas e dos padrões de trabalho de Gestão Financeira é realizado na elaboração do Planejamento Estratégico e das Diretrizes Institucionais Anuais, no Gerenciamento

pelas Diretrizes e no Gerenciamento da Rotina, de acordo com momento adequado para avaliação da prática e do padrão, tendo em vista os resultados obtidos.

Os objetivos e a sistemática de elaboração e utilização do Planejamento Orçamentário é realizado em todas as oportunidades citadas acima, bem como pela Auditoria Externa Independente durante seu trabalho de auditoria do sistema de gestão.

As estratégias de captação de recursos, de aplicação em ativos e de financiamento das operações são avaliadas pela Mesa Administrativa, Provedoria, Direção Executiva e Divisão Financeira quando da elaboração do Planejamento Estratégico e Diretrizes Institucionais, tendo em vista os resultados alcançados, o desempenho da Organização, os planos de ação e a política de caixa. A avaliação também é realizada no dia-a-dia, de acordo com o comportamento dos ambientes internos e externos à Instituição pela Divisão Financeira, Direção Executiva e Grupo das Diretrizes.

- Resultado econômico planejado X realizado
- Evolução do Patrimônio Líquido
- Evolução do Ativo Total
- Grau de Endividamento
- Índice de Liquidez Corrente
- Montante de recursos extraordinários captados (a fundo perdido)
- Evolução dos Financiamentos de Longo Prazo

As melhorias ou inovações na prática de gestão ou no padrão de trabalho são implementadas em periodicidade variável, após aprovação da instância responsável, conforme distribuição interna de responsabilidades, pela área competente.

As principais melhorias e inovações aplicadas recentemente foram:

- Elaboração de projetos para captação de recursos a fundo perdido, tais como: Projeto Hospital da Criança Santo Antônio, Projeto Centro de Transplantes do Hospital Dom Vicente Scherer, Projeto Centro Histórico e Cultural da ISCMPA e Projeto Reforsus, permitindo a captação de recursos a custo (quase) zero.
- Transferência de valores aplicados no Ativo Permanente – Investimentos, para o Ativo Permanente Imobilizado, buscando-se maior rentabilidade.
- Reestruturação da dívida financeira de curto prazo para longo prazo, tendo em vista a melhoria da liquidez corrente.
- Implantação do Planejamento Orçamentário Departamentalizado Descentralizado, visando a qualificação das projeções, o aumento do comprometimento da força de trabalho e a legitimação desta poderosa ferramenta de Gestão Financeira.

R

ESULTADOS

7.1 Resultados Relativos aos Clientes e ao Mercado

A avaliação da satisfação dos clientes é feita de forma estruturada e sistemática desde 1996. Até 1998, media-se a "avaliação média dos serviços". No primeiro semestre de 1998, em decorrência dos resultados dessa avaliação, aprofundou-se a análise de causas, identificando-se oportunidade para melhoria na metodologia da pesquisa. Como resultado, no segundo semestre de 1998 foram melhorados e atualizados os formulários de pesquisa, introduzindo-se questão específica indagando, direta e expressamente, o "grau de satisfação" do cliente. A nova metodologia foi implantada a partir de outubro de 1998, razão pela qual algumas figuras a seguir apresentam resultados somente a partir daquele ano.

Fig. 7.1.1 - Grau de satisfação dos clientes - segmento convênios e particulares - Consultas

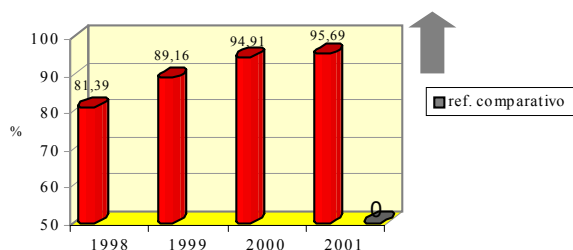


Fig. 7.1.2 - Grau de satisfação dos clientes - segmento convênios e particulares - SADTs

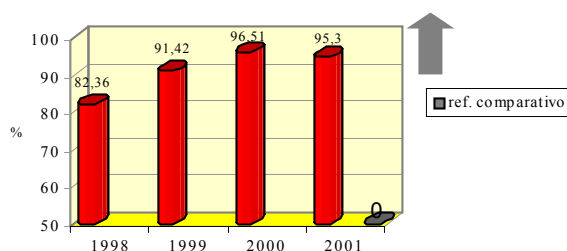


Fig. 7.1.3 - Grau de satisfação dos clientes - segmento convênios e particulares - Hospitalizações

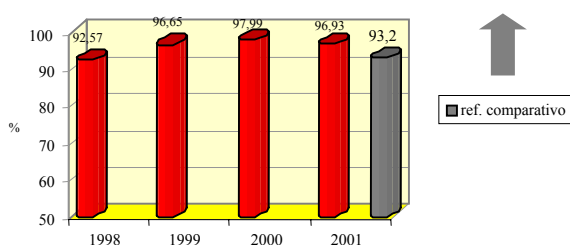


Fig. 7.1.4 - Grau de satisfação dos clientes - segmento SUS

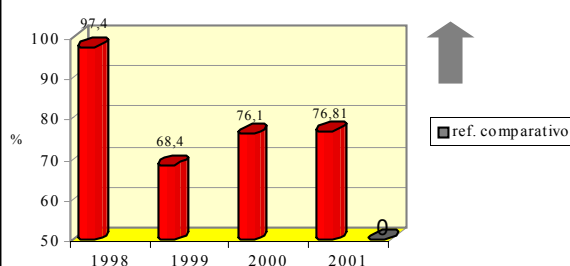


Fig. 7.1.5 - Grau de fidelidade dos clientes - Segmento convênios e particulares - consultas: você voltaria a utilizar nossos serviços?

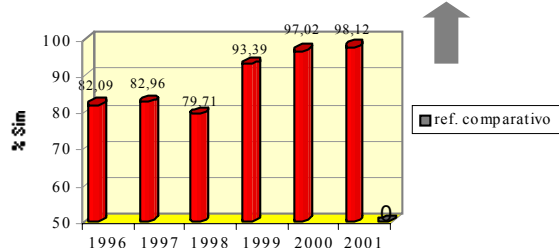


Fig. 7.1.6 - Grau de fidelidade dos clientes - Segmento convênios e particulares - SADTs: você voltaria a utilizar nossos serviços?

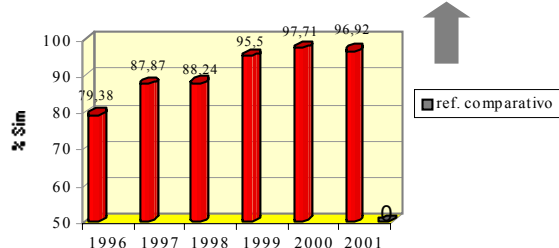


Fig. 7.1.7 - Grau de fidelidade dos clientes - Segmento convênios e particulares - hospitalizações: você voltaria a utilizar nossos serviços?

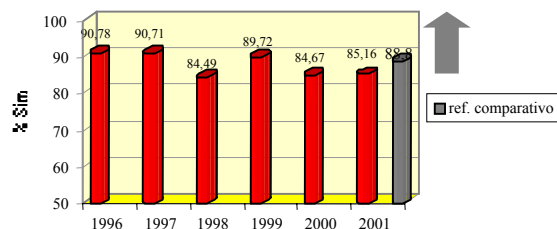


Fig. 7.1.8 - Grau de fidelidade dos clientes - segmento SUS - hospitalizações: você voltaria a utilizar nossos serviços?

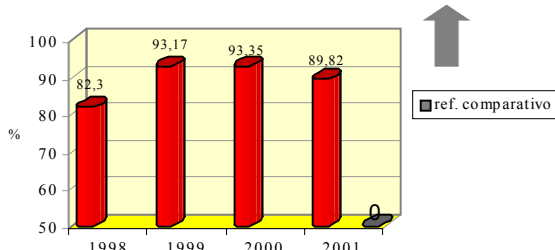


Fig. 7.1.9 - Taxa de reclamações dos clientes externos

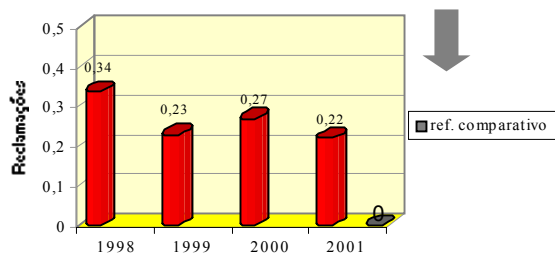


Fig. 7.1.10 - Grau de satisfação das instituições conveniadas

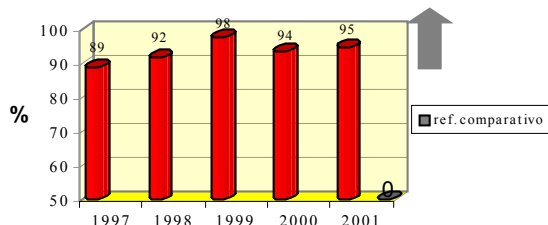


Fig. 7.1.11 - Participação no mercado de internações segmento SUS - RS

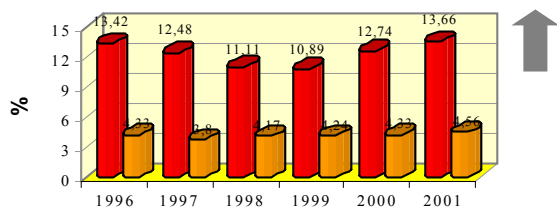


Fig. 7.1.12 - Difusão da imagem: média mensal de inserções na mídia

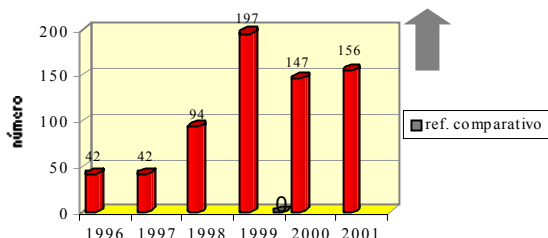


Fig. 7.1.13 - Conhecimento de imagem e marca - segmento convênios e particulares - consultas: Você já conhecia a Santa Casa?

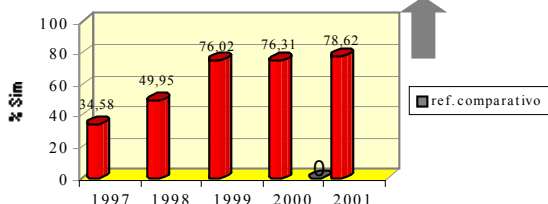


Fig. 7.1.14 - Conhecimento de imagem e marca - segmento convênios e particulares - SADTs: Você já conhecia a Santa Casa?

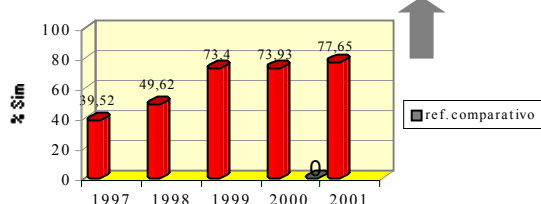


Fig. 7.1.15 - Conhecimento de imagem e marca - segmento convênios e particulares - hospitalizações: Você já conhecia a Santa Casa?

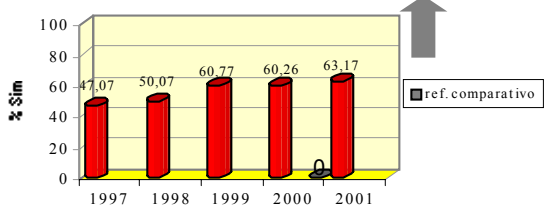


Fig. 7.1.16 - Conhecimento de imagem e marca - segmento SUS - hospitalizações: Você já tinha utilizado nossos serviços?

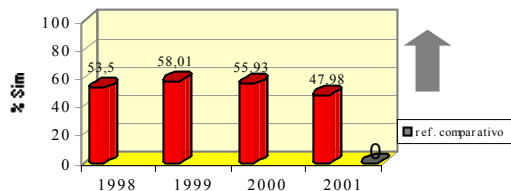


Fig. 7.1.17 - Santa Casa Benchmarking - número de participantes

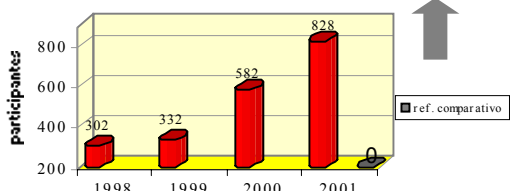
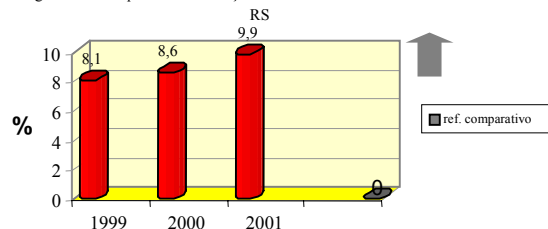


Fig. 7.1.18 - Pesquisa de lembrança de marca - Jornal do Comércio RS



7.2 Resultados Financeiros

A saúde econômico-financeira da Instituição tem sido equacionada de forma positiva como consequência do estabelecimento de estratégias de negócio efetivas, com progressiva redução da dependência do SUS e, a partir dos elevados níveis de credibilidade da Instituição junto ao seu mercado, aumento da participação da receita proveniente de serviços prestados a outros convênios / planos de saúde e a pacientes privados.

Entretanto, em alguns aspectos, o comportamento dos resultados econômico-financeiros da Instituição ainda reflete em muito o comprometimento pela instabilidade nas políticas de preços e nos prazos do SUS, decorrente de anos anteriores.

Fig. 7.2.1 - Demonstrativo do Resultado Econômico.
Margem Operacional.

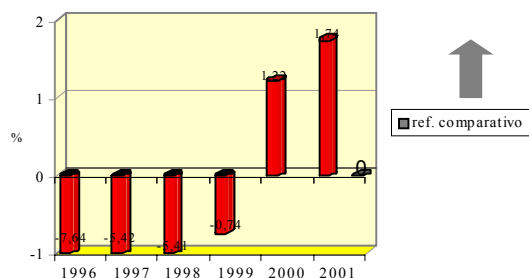


Fig. 7.2.2 - Receita de Serviços Total
(SUS + Convênios e Particulares) Média Mensal

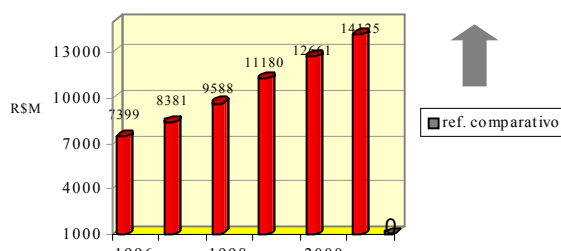


Fig. 7.2.2 - Receita de Serviços Total
(SUS + Convênios e Particulares) Média Mensal

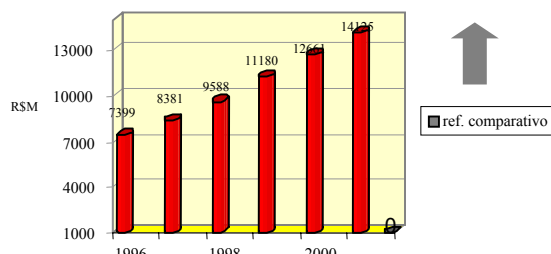


Fig. 7.1.1.1 - Participação no mercado de internações segmento SUS - RS

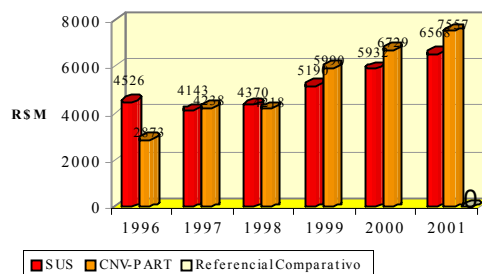


Fig. 7.2.4 - Percentual de crescimento em relação ao ano anterior

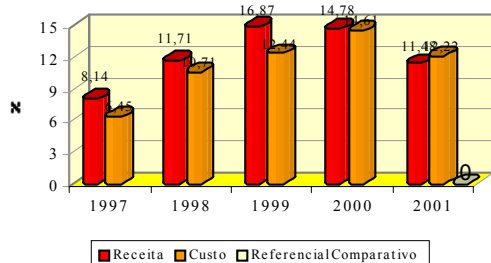


Fig. 7.2.5 - Participação Econômica Percentual na Receita, por Categoria de Clientes.

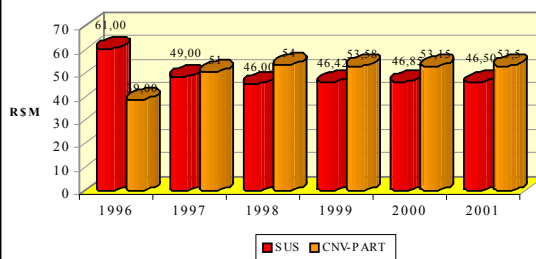


Fig. 7.2.6 - Volume em Doações Governamentais e Iniciativa Privada (Em R\$ M)

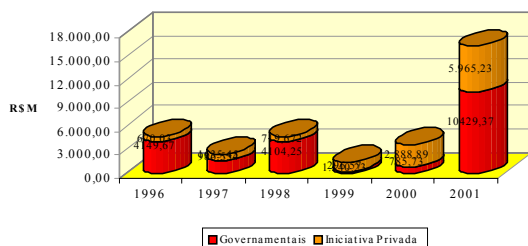


Fig. 7.2.7 - Investimentos de Capital

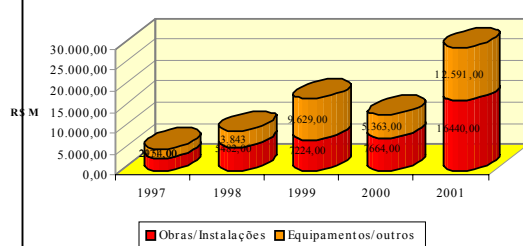


Fig. 7.2.8 - Grau de Endividamento

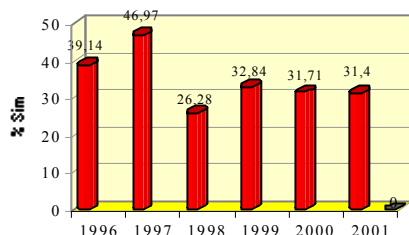


Fig. 7.2.9 - Índice de Liquidez Geral

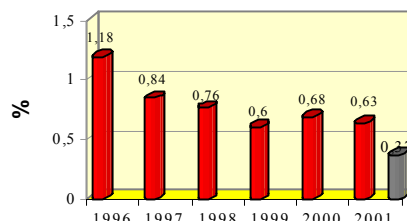


Fig. 7.2.10 - Valor Médio da AIH- SUS
Média Mensal

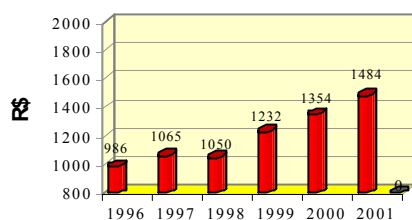


Fig. 7.2.11 - Receita por Leito Diferenciado
Média Mensal

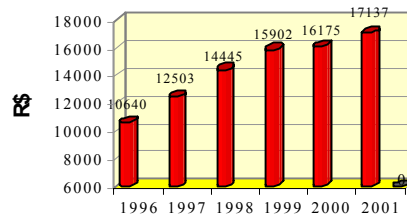


Fig. 7.2.12 - Custo da Consulta
Ambulatorial Eletiva - SUS

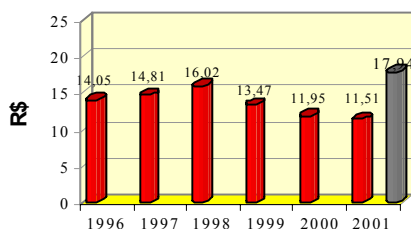


Fig. 7.2.13 - Custo da Diária Hospitalar Apto

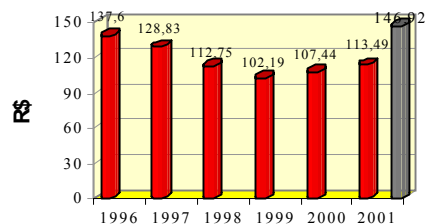


Fig. 7.2.14 - Custo de Serviços Total

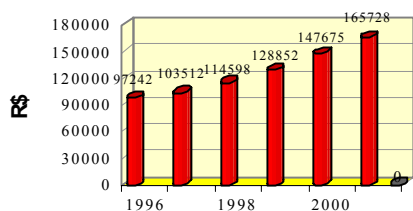
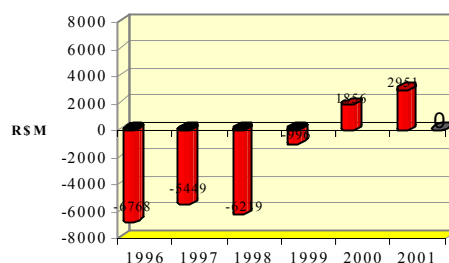
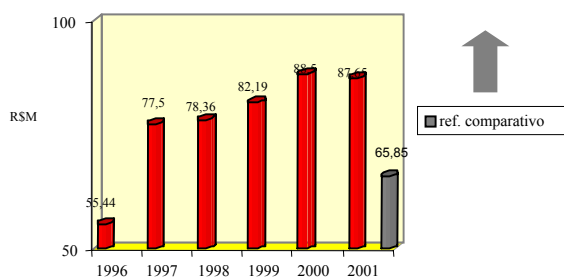


Fig. 7.2.15 - Superavit / Deficit Operacional



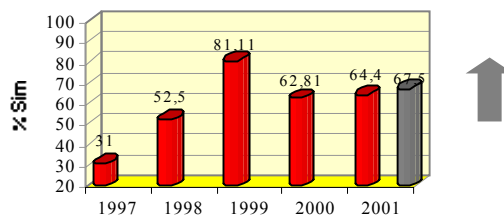
7.3 Resultados Relativos às Pessoas

Fig. 7.3.1 - Grau de Satisfação dos Funcionários (Consolidado)



No ano de 2000 foram introduzidas alterações no formulário e na metodologia de aplicação da pesquisa de satisfação do cliente médico, razão da não evidência de tendência favorável nos respectivos resultados, expressos na figura a seguir.

Fig. 7.3.2 - Grau de Satisfação dos Médicos do Corpo Clínico



Observação: no ano 2000 houve mudança nos critérios de avaliação.

Fig. 7.3.3 - Taxa de Rotatividade

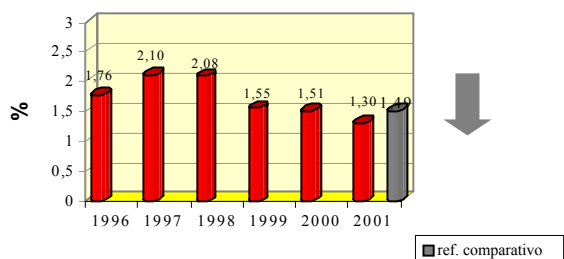


Fig. 7.3.4 - Remuneração Média

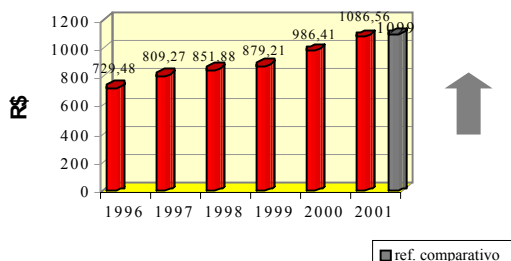


Fig. 7.3.5 - Índice de Horas de Treinamento por Funcionário/Mês

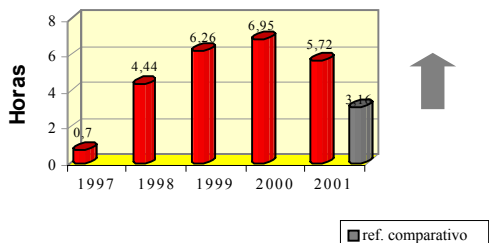


Fig. 7.3.6 - Participação das Pessoas na Gestão de Processos - Participação e Comprometimento da Equipe Funcional

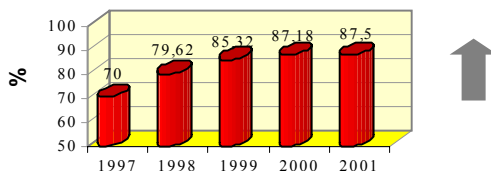


Fig. 7.3.7 - Grau de Satisfação dos Funcionários (Gerentes e Líderes de Processos)

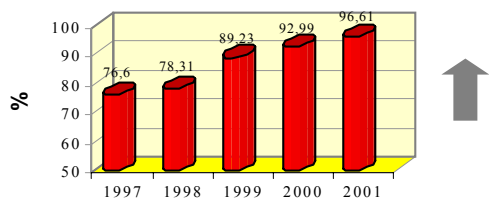


Fig. 7.3.8 - Coeficiente Total de Acidentes do Trabalho (por milhão de horas trabalhadas)

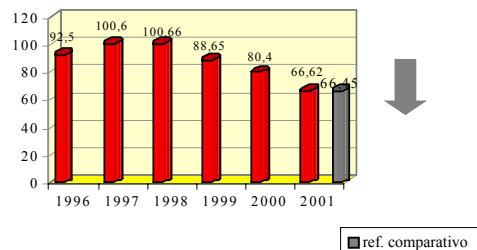
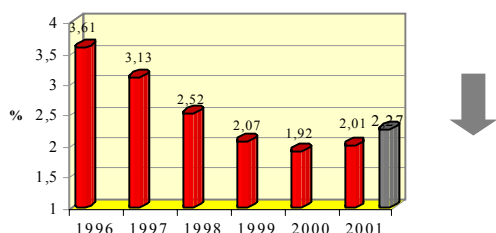


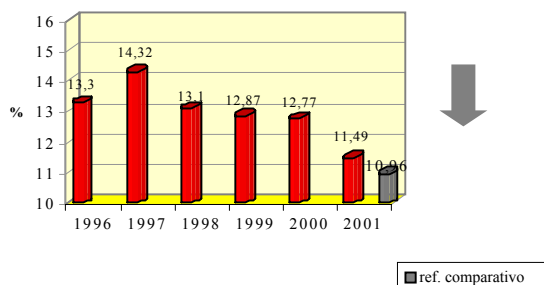
Fig. 7.3.9 - Taxa de Absenteísmo



A Santa Casa dispõe, vinculado à sua Divisão de Engenharia, de um Serviço de Obras e Manutenção com expressivo número de profissionais contratados, o que a diferencia em muito de outros hospitais, inclusive seus principais concorrentes. Por isso, para que a comparação de resultados possa ser feita de forma adequada, o resultado do item de controle expresso na figura a seguir é calculado sobre o número de profissionais da Instituição, diminuído dos profissionais lotados naquele Serviço.

Referencial Comparativo

Fig. 7.3.10 - Taxa de Reclamações Trabalhistas sobre Quadro de Pessoal



7.4 Resultados Relativos aos Fornecedores

Fig. 7.4.1 - Participação dos gastos com materiais em relação à Receita

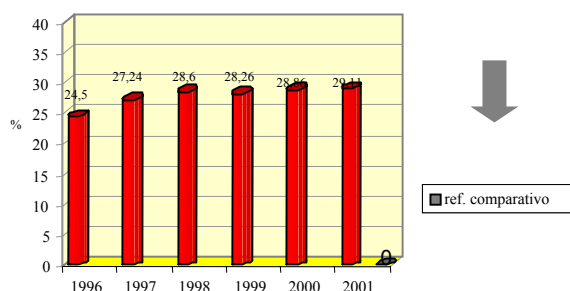


Fig. 7.4.2 - Fornecedores: Índice de Rejeição de Itens Entregues

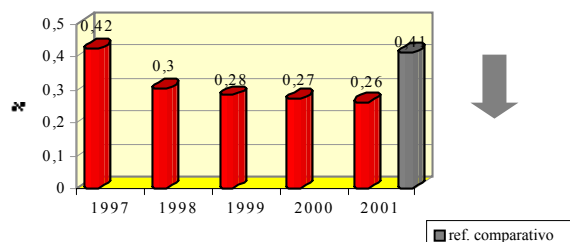


Fig. 7.4.3 - Fornecedores: Índice de Itens Entregues no Prazo

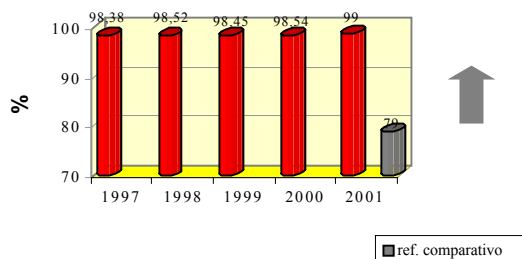


Fig. 7.4.4 - Índice de Materiais com Contratos de Fornecimento com Parcerias

Materiais por grupos e áreas	1997	1998	1999	2000	2001
Banco de Sangue - Hemoterapia	52,00	60,00	86,00	87,00	87,00
Engenharia	35,00	45,00	52,00	65,00	72,00
Fios de sutura cirúrgica	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Insumos para a farmácia industrial	35,00	100,00	100,00	95,00	96,00
Laboratórios	62,00	70,00	88,00	95,00	98,00
Material de escritório	85,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Material de uso médico-hospitalar	88,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Medicamentos	95,00	99,00	99,00	99,00	99,00
Nutrição e Dietética	86,00	95,00	99,00	98,00	99,00

Fig. 7.4.5 - Custo de Medicamentos e Material Médico Hospitalar por Leito Hospitalar

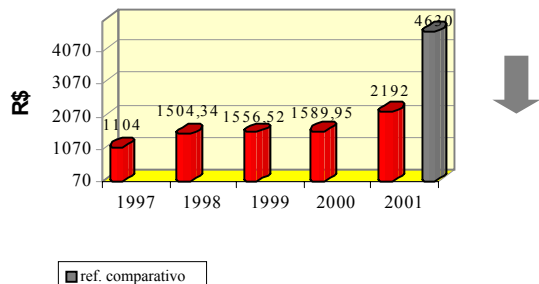


Fig. 7.4.6 - Parcerias com Fornecedores Valores de Patrocínio a Eventos

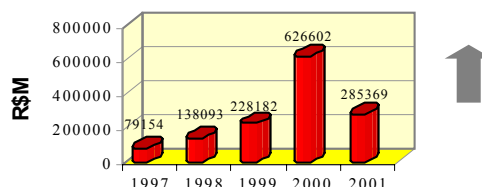


Fig. 7.4.7 - Parcerias com Fornecedores - Equipamentos de Laboratório em Consignação

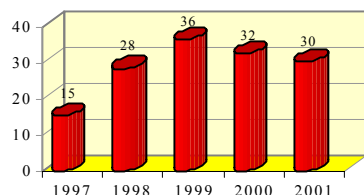
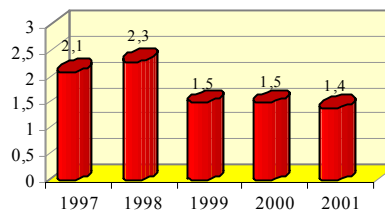
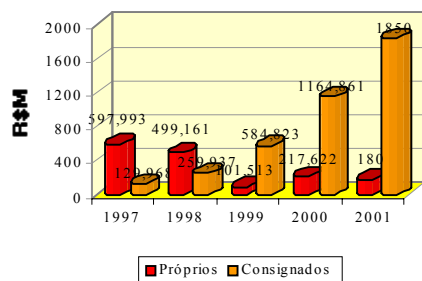


Fig. 7.4.9 - Gestão de Fornecedores. Minimização de Custos Participação do Custo do DARM no Custo Total



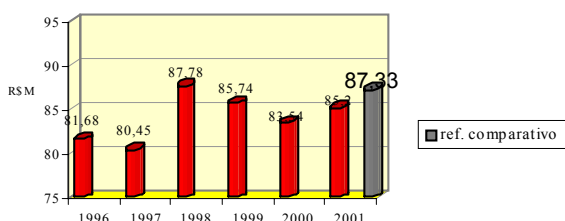
Na figura 7.4.8 destaca-se a tendência favorável do valor dos estoques consignados, que cresceu mais de 216 % somente nos últimos três anos.

Fig. 7.4.8 - Parcerias com Fornecedores - Estoques de Órteses e Próteses e Consignados



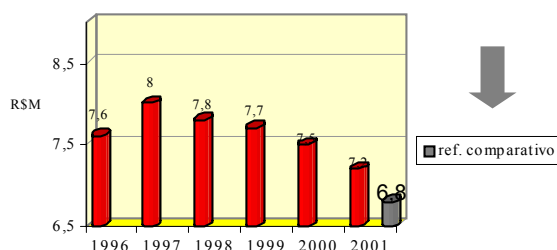
7.5 Resultados dos Processos Relativos ao Produto

Fig. 7.5.1 - Taxa de Ocupação



Referencial: Hospital São Lucas/PUC-RS

Fig. 7.5.2 - Média de Permanência



Referencial: Hospital São Lucas/PUC-RS

Fig. 7.5.3 - Média Mensal de Internações por Leito Hospitalar

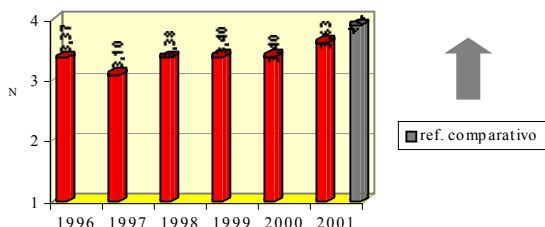


Fig. 7.5.4 - Número de Consultas Ambulatoriais p/ Hora/Médico

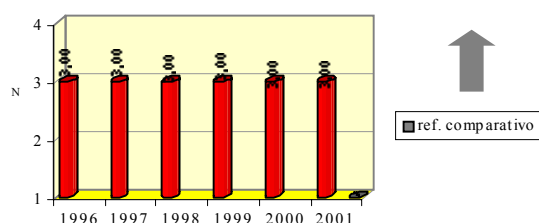


Fig. 7.5.5 - Número de SADT'S por Internação

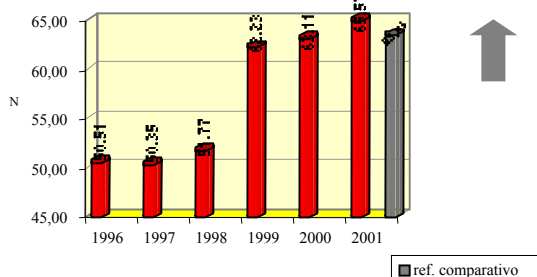


Fig. 7.5.6 - Número de Cirurgias por Sala Cirúrgica/ano

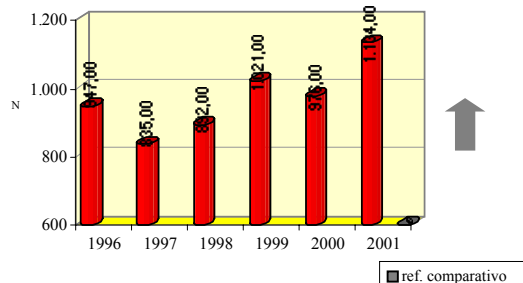


Fig. 7.5.7 - Número de Cirurgias por médico Cirurgião/Ano

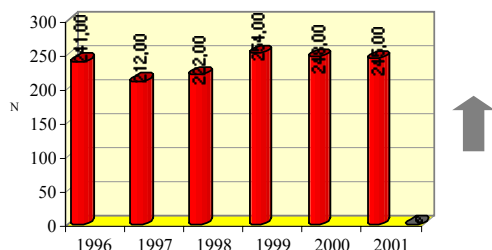


Fig. 7.5.8 - Coeficiente de Infecção Hospitalar em UTI por 1.000 Pacientes-dia: UTI Central - Policlínica Santa Clara

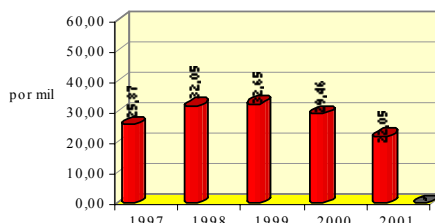


Fig. 7.5.9 - Coeficiente de Infecção Hospitalar em UTI por 1.000 Pacientes-dia: Hospital São Francisco

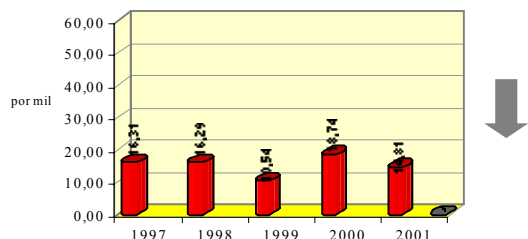


Fig. 7.5.10 - Coeficiente de Infecção Hospitalar em UTI por 1.000 Pacientes-dia: Hospital São José

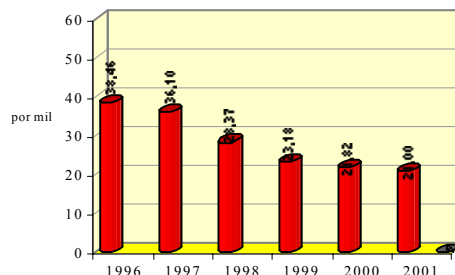


Fig. 7.5.11 - Coeficiente de Infecção Hospitalar em UTI por 1.000 Pacientes-dia: Pavilhão Pereira Filho

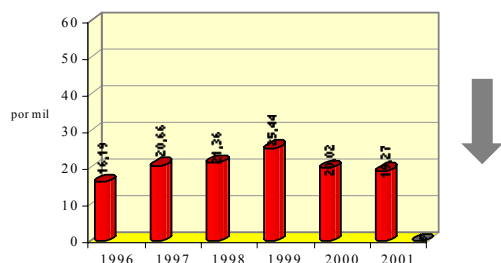


Fig. 7.5.12 - Coeficiente de Infecção Hospitalar em UTI por 1.000 Pacientes-dia: Hospital Santa Rita

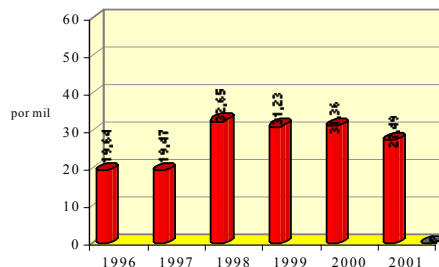
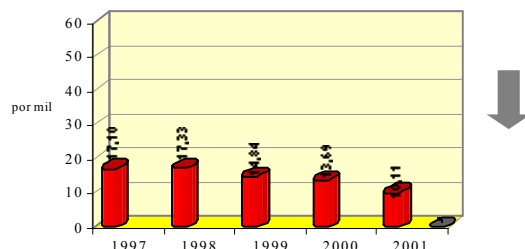


Fig. 7.5.13 - Coeficiente de Infecção Hospitalar em UTI por 1.000 Pacientes-dia: Hospital da Criança Santo Antônio



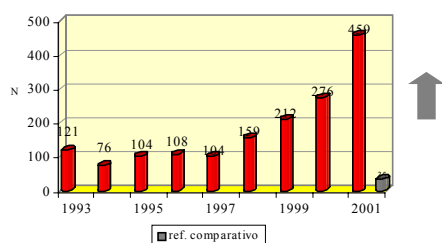
O objetivo principal de um SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é manter a ocorrência de infecções hospitalares sob controle, garantindo a segurança dos pacientes. Para tanto, está baseado num sistema de vigilância epidemiológica que define o perfil dessas infecções em cada hospital, a partir da coleta, análise e interpretação de dados inerentes e próprios a cada instituição em particular. Entre as particularidades de cada instituição, chamadas de risco intrínseco, destacam-se o tipo de clientela, os procedimentos a que são submetidos os pacientes, a flora de cada hospital, entre outros.

Assim, por não ser pertinente a comparação de taxas de infecção hospitalar entre serviços diferentes, as figuras 7.5.16 a 7.5.21 não contém referenciais externos (tradicionalmente o SCIH da Instituição utiliza seus próprios dados históricos como referência, comparando-os com a taxa máxima esperada).

7.6 Resultados Relativos à Sociedade

Para o cálculo do referencial da figura a seguir foi utilizado o mesmo critério descrito para as figuras 7.5.3 a 7.5.7. Destaca-se que o número de transplantes realizados na Santa Casa no ano de 2001 cresceu mais de 66% em relação ao ano anterior.

Fig. 7.6.1 - Transplantes de Órgãos



A taxa de subsídio econômico da Instituição ao SUS demonstra de forma inequívoca a responsabilidade pública da Santa Casa. Os dados indicam que, em média, para cada R\$ 100,00 gastos com pacientes assistidos pelo SUS, no ano de 2001, a Instituição recebeu do sistema apenas R\$ 79,00, custeando, a fundo perdido, R\$ 21,00. O valor desse subsídio, em 2001, foi de R\$ 21 milhões (figuras 7.6.2 e 7.6.3).

Fig. 7.6.2 - Subsídio Econômico ao SUS: Em Percentual

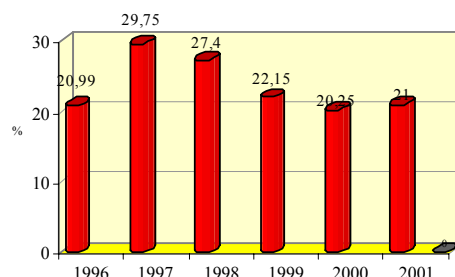


Fig. 7.6.3 - Subsídio Econômico ao SUS: Em valores Absolutos

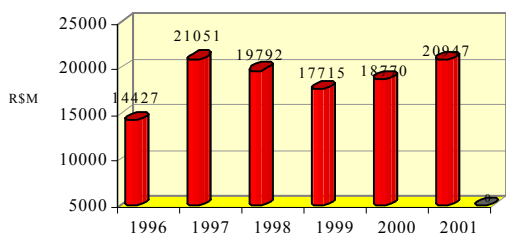


Fig. 7.6.4 - "Santa Casa Benchmarking"
Número de Empresas Participantes

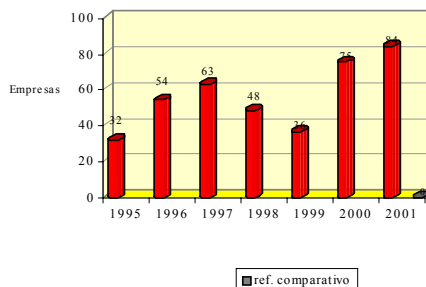


Fig. 7.6.5 - "Santa Casa Benchmarking"
Número de Profissionais Participantes

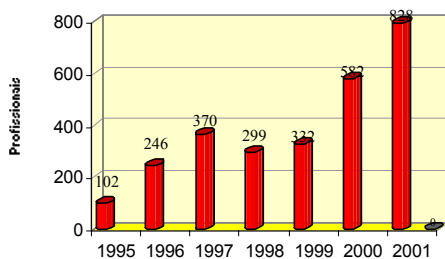


Fig. 7.6.6 - Campanhas com Atendimento Gratuito
Número de Pessoas Atendidas

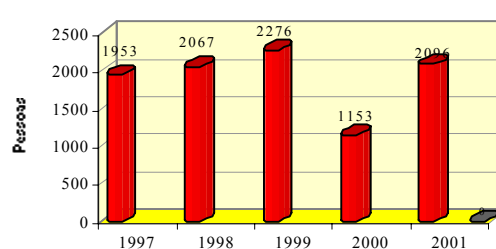


Fig. 7.6.7 - Número de Sepultamentos Gratuitos

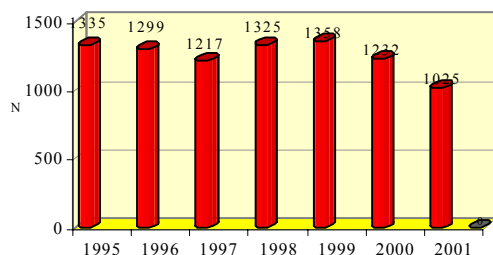
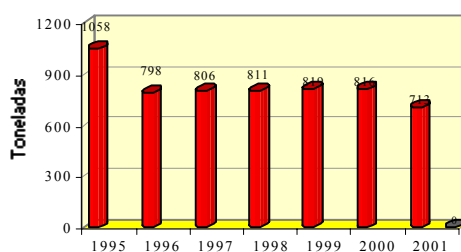


Fig. 7.6.8 - ProGRESO: Resíduos Dispostos na Natureza



A Santa Casa disponibiliza, no Campo Santo de seu Cemitério, sepultamentos gratuitos para pessoas carentes, conhecidos como "Enterro do Pobre". As vagas decorrem dos vencimentos dos sepultamentos realizados nos anos anteriores e, por essa razão, tem havido queda no seu número a contar de 1999, apesar de a área destinada continuar a mesma.

O ProGRESO – Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, implantado em 1996, tem como objetivo principal realizar a segregação dos resíduos hospitalares produzidos. Desta forma, foram criadas duas grandes categorias de resíduos: a) os dispostos no mercado para reutilização, compreendendo aos resíduos orgânicos recicláveis, o papelão e os demais recicláveis (plásticos, latas, vidros, etc.); estes são geradores de empregos e também contribuem para reduzir a agressão ao meio ambiente; b) os resíduos dispostos na natureza, por não serem aproveitáveis, como os resíduos biológicos e os especiais. As quantidades dos mesmos nos últimos anos aparecem nas figuras 7.6.8 e 7.6.9.

7.7 Resultados dos Processos de Apoio e Organizacionais

Fig. 7.7.1 - Índice de Realização de Contas a Receber no Vencimento

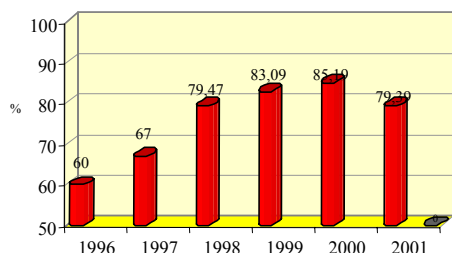


Fig. 7.7.2 - Prazo médio de contas a receber

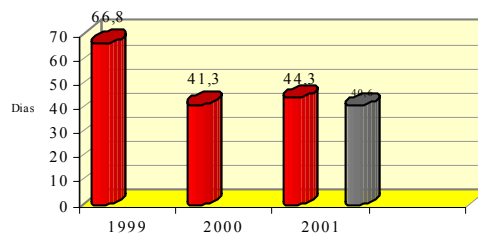


Fig. 7.7.3 - Prazo médio de contas a pagar

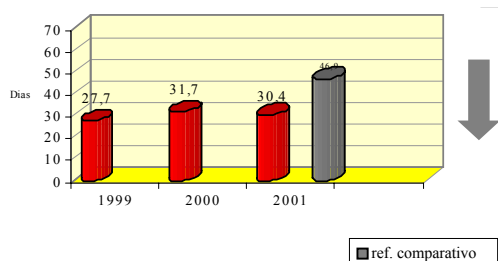


Fig. 7.7.4 - Taxa de Acuracidade dos Estoques

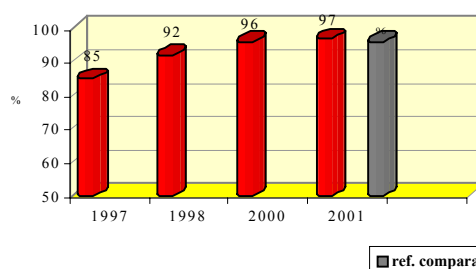


Fig. 7.7.5 - Idade Média dos Estoques

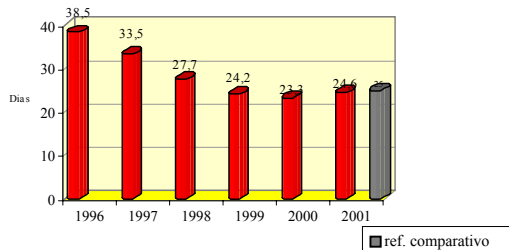
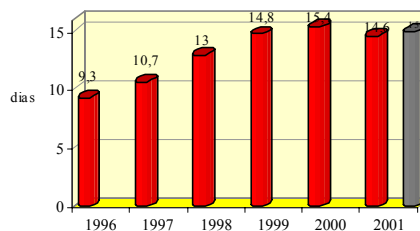


Fig. 7.7.6 - Giro dos Estoques



Referencial: Hospital São Lucas/PUC-RS

Fig. 7.7.7 - Número de Funcionários por Leito

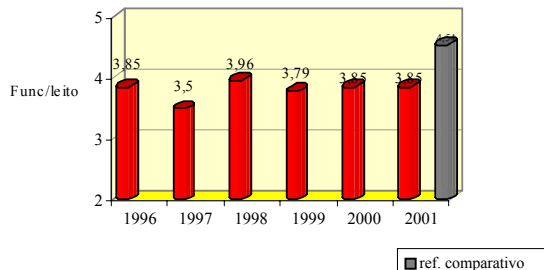


Fig. 7.7.8 - Taxa de Efetivação em Período de Contrato de Experiência

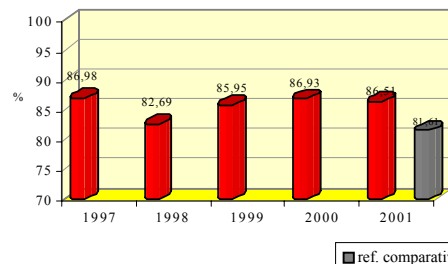


Fig. 7.7.9 - Evolução do Sistema de Gestão: RAAKM Metas Atingidas + Não Atingidas com Progresso

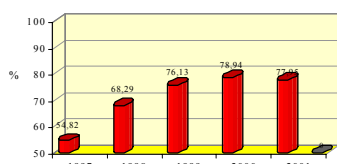


Fig. 7.7.10 - Evolução do Sistema de Gestão: Avaliação Externa do PGQP

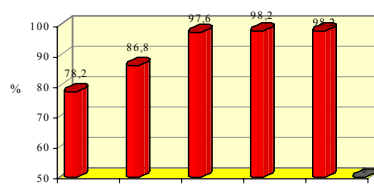


Fig. 7.7.10 - Evolução do Sistema de Gestão
Avaliação Externa do PGQP

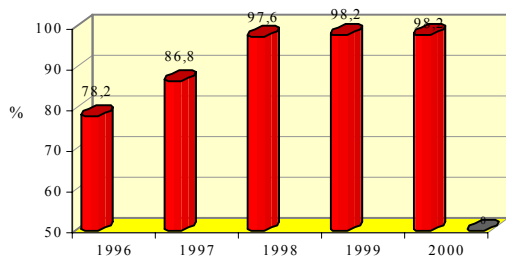


Fig. 7.7.11 - Evolução do Sistema de Gestão
Pontuação no PNQ

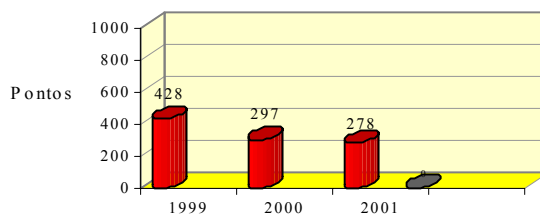
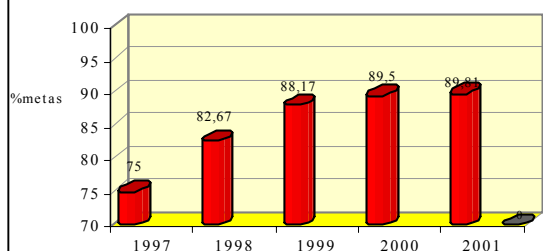


Fig. 7.7.12 - Sistema de Liderança: Auto-avaliação Global
das UGB's



Depois de conquistar, sucessivamente, os Troféus Bronze, Prata e Ouro (este por duas vezes consecutivas, em 2000 e 2001) no Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade, a Instituição optou, em 2001 por não se submeter à avaliação externa, razão pela qual não aparece o resultado relativo àquele ano, na figura 7.7.12.

Glossário

ADVB: Associação dos Dirigentes de Venda do Brasil

CDI: Central de Diagnóstico por Imagem

CEDOP: Centro de Documentação e Pesquisa

Contexto Funcional: Documento padronizado, de uso da totalidade das UGBs, que explicita o negócio de cada uma (missão, produtos e serviços, clientes, suas necessidades, itens de controle e suas respectivas metas).

DAE: Demonstrativo da Análise Econômica

DAP: Departamento de Administração de Pessoal

DARM: Departamento de Administração de Recursos Materiais

DDRH: Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos

DHE: Divisão de Hospitais Especializados

DIRT: Divisão de Relações do Trabalho

DIVENG: Divisão de Engenharia

DIVIFIN: Divisão de Financeira

DND: Divisão de Nutrição e Dietética

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

ERP: "Enterprise Resource Planning"

FFFCMPA: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

FU-IC: Fundação Universitária - Instituto de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul

FUNFATEC: Fundação Universidade - Empresa de Tecnologia e Ciências

GD: Gerenciamento pelas Diretrizes

GHC: Grupo Hospitalar Conceição

GICENF: Grupo de Interesse Científico em Enfermagem

GR: Gerenciamento da Rotina

Grupo das Diretrizes: Grupo formado por 15 pessoas detentoras de funções estratégicas

HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HCSA: Hospital da Criança Santo Antônio

HMD: Hospital Mãe de Deus

HMV: Hospital Moinhos de Vento

HSF: Hospital São Francisco

HSJ: Hospital São José

HHSL PUC: Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

HSR: Hospital Santa Rita

INPE: Instituto de Pesquisas Espaciais

IPD: Instituto Especializado de Pesquisa e Diagnóstico

MANRAD: Manutenção Radiológica

NAPIA: Núcleo de Apoio a Projetos de Informática e Automação

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PDG/Saúde: Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde

PGQP: Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade

PINC: Programa de Integração do Novo Colaborador

PLE: Planejamento Estratégico

PMQ: Plano de Melhoria da Qualidade

PNQ: Prêmio Nacional da Qualidade

POP: Procedimentos Operacionais Padrão

PPF: Pavilhão Pereira Filho

PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PROAHSA: Programa de estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde

PRoGResSo: Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos

PSC: Policlínica Santa Clara

PUC - RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Q, C, E, M, S: Qualidade intrínseca, Custo, Entrega/atendimento, Moral e Segurança

RAAICM: Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Itens de Controle e Metas

RÃS: Rotinas Assistenciais

RETE: Relatório de Treinamento e Eventos Realizados e/ou Frequentados

SADTs: Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento

SAMU: Sistema de Atenção Médica de Urgência

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SEFIN: Seção Financeira

SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SESC: Serviço Social do Comércio

SICOF: Sistema de Controle da Fixação de Pessoal

SIG: Sistema de Informações Gerenciais

SIM: Sistema de Informações de Marketing

SIPAC: Sistema Integrado para a Realização de Procedimentos de Alta Complexidade

SIPAGEH: Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar

SUS: Sistema Único de Saúde

TMO: Transplante de Medula Óssea

TQC: "Total Quality Control": Controle da Qualidade Total

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UGA: Unidade Gerencial Agregada: reúne, funcionalmente, uma ou mais UGBs

UGB: Unidade Gerencial Básica

UNISINOS: Universidade do Vale do Rio dos Sinos

UTI: Unidade de Internação Intensivo